

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESINA

**GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD**

Para optar el Título Profesional de:

OBSTETRA

Autor:

BACH. EN OBST. MILAGROS DEL PILAR CAMA REÁTEGUI

Tarapoto - Perú

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESINA

**GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD**

JURADO CALIFICADOR:

OBSTA. DRA. GABRIELA PALOMINO ALVARADO
Presidente

Obsta. Mg. Hilda Gonzales Navarro
Miembro

Obsta. Patricia Vasquez Pinchi
Miembro

DEDICATORIA

Con todo el amor y cariño:

A Dios por iluminar mi camino y llenarme de gracia día a día. Su sabiduría influyó en mí la madurez para lograr mis objetivos en la vida, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba gracias por ese amor incondicional.

A mis padres Claudio y Angélica, a mis hermanos por su cariño sincero, por creer en mí.

A mi esposo Javier e hijos Denzel Nicolás y Arthur Raphael que significan mi estímulo constante para seguir adelante y por su gran comprensión y apoyo.

A mis maestros que influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que nos pone la vida todos y cada uno de ellos les dedico esta tesina.

MILAGROS

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera infinita a nuestro centro superior de estudios Universidad Nacional de San Martín Tarapoto por los años brindados en nuestra formación personal y profesional.

También agradezco a los docentes que me brindaron su apoyo y por haberme guiado en el desarrollo de este trabajo de investigación para llegar a la culminación del mismo.

También agradezco de manera especial a los directivos y profesionales de los establecimientos de salud quienes han contribuido en mi formación profesional, además de darme las facilidades y compartirme sus experiencias para enriquecer mi desarrollo profesional.

¡Gracias!

MILAGROS

INDICE DE CONTENIDOS

	PAG.
DEDICATORIA	03
AGRADECIMIENTO	04
INDICE	05
TITULO	06
I. INTRODUCCION	06
1.1.Marco Conceptual	06
1.2.Antecedentes	14
1.3.Bases teóricas	26
1.4.Justificación	92
1.5.Problema	95
II. OBJETIVOS	95
III. MATERIALES Y METODOS	96
IV. CONCLUSIONES	96
V. RECOMENDACIONES	99
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	101
VII. ANEXOS	108

TITULO:

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD

I. INTRODUCCIÓN:

1.1. Marco Conceptual:

La atención profesional del parto, según lo publicado por Muñoz, Parra y Garrido (1999), comienza sólo a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, antes de lo cual esta práctica estaba en manos de las comadronas. Más adelante se profesionaliza primero la atención del parto, con un pobre o nulo control prenatal. En efecto, al comienzo se realizaban solo un control prenatal con el objetivo de determinar la fecha probable de parto y el segundo encuentro solo se producía en la atención del parto o, no rara vez, asistiendo una complicación mayor como una eclampsia, un cuadro séptico o una metrorragia severa (1).

Aller (2000), menciona que la idea del control prenatal regular fue de John William Ballantine en 1913, en Inglaterra, quien después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformidades del feto, sugiere crear un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo. Sin embargo, el control prenatal organizado en los Estados Unidos de Norteamérica, según lo expuesto por Urango, González y Fernández (2000), es propuesto por William Loel Putnam, en Boston, quien fundó una clínica ambulatoria en 1911. Posteriormente el doctor J.

Whitridge Willians, con la asistencia de Putnam, establece un programa de cuidados prenatales en el Hospital Johns Hopkins. En 1914, en dicho hospital se Realizó un estudio en el cual se afirmaba que los cuidados prenatales Organizados podrían haber disminuido 40% la mortalidad fetal (1).

No fue, sino hasta el año 1915 cuando fue creada la primera clínica para control prenatal en Edimburgo por Haig Fergunson, que sirvió de modelo para todas las demás clínicas de control prenatal en el Reino Unido. El desarrollo y divulgación general de la atención prenatal tanto en Inglaterra como en el mundo occidental, se la atribuye, principalmente, a Janet Cambell responsable de iniciar el Servicio Nacional 15 de Clínicas Antenatales y uniformar los parámetros de visitas y rutinas que se debían seguir durante el control prenatal. Gracias a sus esfuerzos, se logro que del 40% de las embarazadas que recibía control prenatal antes de la segunda guerra mundial se pasara a una cobertura de 100% después de ésta (1).

En 1979, en los Estados unidos de Norteamérica, el 75% de las mujeres embarazadas comenzaban su control prenatal durante el primer trimestre de la gestación, con un promedio de 12 controles prenatales. Muñoz et al (1999). La media de consultas efectuadas en 1989 por mujeres que recibieron algún tipo de cuidado prenatal fue de doce. La proporción de mujeres que recibieron atención prenatal tardía, comenzada en el tercer trimestre, o ningún cuidado, se ha mantenido en 6% desde 1983. En 1993,

98% de todas las mujeres recibió algún tipo de atención prenatal. El objetivo del United States Public Health Service para 2000 es que por lo menos 90% de las mujeres estadounidenses inicie los cuidados prenatales en el primer trimestre (1).

El control prenatal se considera como la piedra angular que permite evitar y controlar la morbilidad y los causales de la muerte materna perinatal fundamentándose en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud, siendo la evaluación de su efectividad complicada por la presencia de factores de riesgos. En Perú se realizó por Villworte y Lam (1998), un estudio descriptivo retrospectivo, en el Instituto Materno Perinatal, desde el primero de enero al 30 de junio de 1996. La población estudiada comprendió a 210 neonatos y se obtuvo que 40,5% no tuvieran control prenatal y la tasa de mortalidad neonatal fue 19,69% de nacidos vivos (1).

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. Como las acciones emprendidas para el mejoramiento de la salud madre-hijo se encuentran todas aquellas concernientes a los cuidados durante el embarazo (2).

La atención del embarazo es un proceso socio histórico, por lo que se requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente a partir de un análisis del pasado y de sus circunstancias sociales (2).

Es un hecho indiscutible el aporte en la disminución de los índices de morbimortalidad que se generan a partir del otorgamiento de servicios institucionales de cuidado al embarazo. Para poder mejorar su accesibilidad, calidad, oportunidad y eficacia, se tendrán que conocer y analizar aspectos relacionados con los servicios, que hasta ahora, han sido poco abordados desde la perspectiva histórica y la salud pública. Tal es el caso de los cambios surgidos en la atención del embarazo, tipo de prestador e institucionalización del servicio de atención a lo largo del tiempo (2).

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (1). El Ministerio de Salud (MINSA) la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre" (2).

En el Perú en los últimos años ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales (CPN) y la frecuencia (3,4). En el año 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro CPN. El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22

semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación (3).

Según el último informe de la encuesta demográfica ENDES Continua 2009, 94,5% de mujeres tuvieron algún CPN por personal de salud; pero, en la selva fue 83,5%. El 92,5% tuvieron por lo menos cuatro CPN durante su embarazo, 70% tuvo su primer CPN antes de los cuatro meses de gestación y el 2,8% de mujeres no tuvieron CPN a nivel nacional llegando hasta 10,9% en Ucayali. En esta encuesta que no se evaluó la frecuencia recomendada de dichos controles (4).

La atención prenatal inadecuada conlleva a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal (5, 6, 7).

Un estudio en 45 países encontró que mujeres con mayor grado de instrucción y que vivían en zonas urbanas tenían mayores tasas de atención prenatal adecuada. Otros factores encontrados han sido la falta de seguros, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, estado civil diferente a casado, residencia en barrios, desempleo, el desconocimiento de la importancia del APN, un ambiente inadecuado de la consulta y distancias largas al Centro de salud. Algunos estudios asociaron la edad materna adolescente con una APN inadecuada; sin embargo, un estudio en el

Hospital Nacional Cayetano Heredia encontró que el porcentaje de gestantes adolescentes con más de cuatro CPN fue similar al del resto de mujeres 27,29%vs 28,43% (8, 9).

En relación a la gestión de la atención prenatal por el MINSA, podemos mencionar que la mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa), lo que representa un descenso de 10% en éste índice. Esto responde al esfuerzo técnico y presupuestal MINSA y el Estado peruano para mejorar la atención de la madre y el recién nacido con una mejor oferta de servicios, una respuesta oportuna a los diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva; así como a la asignación de importantes recursos para la implementación de planes y programas dirigidos a ellos (10).

En ese sentido, la atención prenatal se incrementó entre los años 2009 y 2014 de 94,3% a 96,9%, respectivamente, mostrando un incremento importante en la zona rural de 87,1% a 91,9%, según cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). De acuerdo con esa misma encuesta, el parto institucional también se incrementó de 81.3% en 2009 a 89.2% en el 2014, y notoriamente en la zona rural de 57,6% a 72% en el mismo periodo. Asimismo, la tasa de mortalidad en menores de 5 años ha descendido de 26 x mil nacidos vivos en el 2009 a 20 x mil nacidos en el

2014. En tanto, la tasa de mortalidad perinatal disminuyó de 16 a 15 x mil nacidos vivos en el mismo periodo (10).

Estas mejoras en los indicadores relacionados a la salud materna e infantil obedecen a estrategias emprendidas por el MINSA donde se resalta la Cobertura SIS y Plan Bienvenidos a la vida, entre otros, por la disminución de las barreras económicas, gracias a la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), dirigida a la población más vulnerable (10).

Cabe indicar que un total de 440,111 recién nacidos fueron registrados en el SIS dentro de los 28 primeros días de nacido, entre 1 de enero de 2014 y el 15 de abril de 2015. Este registro incluye afiliados, afiliados temporales e inscritos.

En la misma línea, el Plan Nacional Bienvenidos a la Vida, en marcha desde enero de 2015 contribuye a reducir los riesgos de morbilidad neonatal en los distritos más pobres, protegiendo a más de 70 mil recién nacidos desde la gestación de la madre, con un paquete de intervenciones integrales dirigidos a la protección y cuidados de la madre y el recién nacido (10).

Además se puede destacar que otro elemento que contribuyó fue el mayor presupuesto asignado al Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN) que se incrementó de un millón 35 nuevos soles en el año 2011 a un millón 735

mil nuevos soles en el 2014, es decir un 67,7% de incremento (10).

Este presupuesto está destinado a financiar el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, que contempla la universalización del SIS para mujeres gestantes y recién nacidos, prevención de embarazo no planificado y mejora de atención prenatal (10).

Asimismo, la atención de parto institucional en zonas rurales con enfoque intercultural, atención de complicaciones obstétricas, capacitación del personal e incremento de presupuesto. La mortalidad materna responde a determinantes socioeconómicos, culturales y estructurales tales como el nivel educativo y la situación económica, el acceso a servicios de salud de calidad, entre otros (10).

La mortalidad materna en el Perú es de 93 x 100 mil nacidos vivos y según proyecciones al año 2015 el país debería presentar una mortalidad cercana a la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 5, establecida en 66 x 100 mil nacidos vivos (10).

Por tal motivo, esta tesina pretende establecer algunas reflexiones sobre la situación actual a partir de algunas condiciones como son: i). normas técnicas emanadas por el MINSA para la atención prenatal; ii)

implementación de las normas técnicas; iii) evaluación de la atención prenatal en relación a informes emitidos; iv) Propuesta de mejora, en relación a cómo responde el MINSA ante las debilidades o deficiencias encontradas y; v) impacto sobre los objetivos de desarrollo del milenio. Con ella se pretende además de contribuir al conocimiento de los hechos, propiciar una seria discusión de todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud para mejoramiento del proceso de análisis de la salud materno-infantil.

1.2. Antecedentes:

Catling C, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, Homer C. (2014), en su estudio Group versus conventional antenatal care for women. Recolectados de los países de EEUU – Suecia e Iran. Se incluyeron cuatro estudios clínicos (2350 mujeres). Se realizaron búsquedas en el Registro de Estudios Clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group /31 de octubre de 2014), se contactó a expertos en el campo y se revisaron las referencias de los estudios clínicos recopilados. Dos autores de la revisión evaluaron, en forma independiente, los estudios clínicos para su inclusión y el riesgo de sesgo, y extrajeron los datos; todos los autores de la revisión verificaron la exactitud de los datos. Resultados:. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que recibieron atención prenatal grupal y las que recibieron atención prenatal individual estándar para el resultado primario de nacimiento

premature (razón de riesgo [RR]: 0,75; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,57 a 1,00; tres estudios clínicos; N = 1888). La proporción de neonatos de bajo peso al nacer (menos de 2500 g) fue similar entre los grupos (RR: 0,92; IC 95%: 0,68 a 1,23; tres estudios clínicos; N = 1935). No se observaron diferencias entre los grupos para los resultados primarios de neonatos pequeños para la edad gestacional (RR: 0,92; IC 95%: 0,68 a 1,24; dos estudios clínicos; N = 1473) y mortalidad perinatal (RR: 0,63; IC 95%: 0,32 a 1,25; tres estudios clínicos; N = 1943). La satisfacción fue considerada alta entre las mujeres asignadas a la atención prenatal grupal, aunque solo se midió en un estudio clínico. En este estudio clínico, la satisfacción media con la atención en cuanto a la atención prenatal grupal fue casi cinco veces mayor en comparación con lo informado por las mujeres asignadas a la atención estándar (diferencia de medias: 4,90; IC 95%: 3,10 a 6,70; un estudio; N = 993). No se observaron diferencias entre los grupos en cuanto a ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, inicio de la lactancia o parto vaginal espontáneo. En un estudio clínico se informaron varios resultados relacionados con el estrés y la depresión. No se observaron diferencias entre los grupos para ninguno de estos resultados. No había datos disponibles sobre los efectos de la atención prenatal grupal en la satisfacción con el prestador de salud. Se aplicó la Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE) para evaluar la evidencia de siete resultados especificados previamente;

resultados que incluyeron evidencia de calidad baja (mortalidad perinatal), moderada (parto prematuro, bajo peso al nacer, ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, inicio de la lactancia) y alta (satisfacción con la atención prenatal, parto vaginal espontáneo). En conclusión: la atención prenatal grupal es considerada positiva por las mujeres, sin resultados adversos para ellas mismas o los recién nacidos. No se informaron diferencias en la tasa de parto prematuro cuando las mujeres recibieron atención prenatal grupal. Esta revisión es limitada debido a la pequeña cantidad de estudios clínicos y mujeres, y porque el 42% de las mujeres participó en uno de los estudios clínicos. La mayoría de los análisis se basó en un solo estudio clínico. Es necesario realizar investigaciones adicionales para determinar si la atención prenatal grupal se asocia con beneficios significativos en términos del parto prematuro o del peso al nacer (11).

Díaz S, Girart J. (2009), en su estudio, Control Prenatal como Antecedente de Importancia en la Morbimortalidad Neonatal Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" – Barcelona España, estudio clínico observacional prospectiva descriptiva, para lo cual se extrajo una muestra de 268 neonatos, como instrumento se empleo un cuestionario. Resultados: el 11,42% de los nacidos vivos en el periodo de estudio fueron ingresados en neonatal intramural; el 66,04% de las madres no se realizaron el control prenatal o lo hicieron de forma inadecuada y es, en este grupo donde se encontró el mayor numero de casos de morbilidad y

mortalidad neonatal; de los ingresados el sexo masculino fue el predominante con 54,85%; los nacidos a términos y pretérmino representaron el 70,52% y 28,73% respectivamente; las infecciones representó la primera causa de diagnósticos de ingreso donde el 33,78% estuvo relacionado con antecedentes maternos; la prematuridad fue el principal factor responsable de los trastornos respiratorios encontrados (31,08%); de los trastornos metabólicos la hiperbilirrubinemia no inmunológica se encontró en un 33,33%; de las malformaciones congénitas encontradas las hendiduras labiopalatinas predominaron con 22,22%; el 10,45 % de los neonatos estudiados fallecieron, siendo los trastornos respiratorios la causa predominante de mortalidad con un 78,57%, seguida de la sepsis con 21,43% que particularmente se observó, predominantemente en el grupo de madres que se controlaron el embarazo (1).

Alfaro N, Villaseñor M, Valadez I, Guzmán A, Sughey Y. (2014), en su estudio “Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo”, México, este artículo presenta los principales resultados de una investigación cuantitativa, con un diseño no experimental de tipo descriptivo transversal, cuya población estuvo constituida por las gestantes que tuvieron su parto en dicho hospital entre los meses de diciembre 2011 a noviembre 2012 y por los profesionales en medicina y enfermería que laboran para las Áreas de Salud de Heredia y el Hospital San Vicente de Paúl, que brindan control prenatal. Para la recolección de

la información se utilizaron tres instrumentos que consideraron la infraestructura, el equipamiento y el procedimiento para llevar a cabo el control prenatal, además, el nivel de satisfacción de las gestantes y de los y las profesionales. Resultados: se determinó que la infraestructura para brindar las consultas de control prenatal de las Áreas de Salud de la provincia de Heredia está en buen estado, sin embargo, requiere mantenimiento y una adecuación para que sean accesibles a toda la población. Además, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene una baja cobertura de atención prenatal con cumplimiento de criterios de calidad y por otra parte el reporte de la información obtenida durante las consultas de control prenatal en el Carnet Perinatal, es incompleta y errónea. Finalmente hay escasa o casi nula participación de los y las profesionales en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, en el proceso del control prenatal, a pesar de que la legislación nacional y estudios reconocen que estos y estas profesionales cuentan con las competencias necesarias para brindar un adecuado control (2).

Ramos L, Salvador G.(2002), en su estudio “Calidad en la aplicación de las normas de atención prenatal brindada por el personal de salud a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el Cantón de Coto Brus, en el año 2000” Cantón de Coto Brus, Puntarenas, Costa Rica. La Investigación de tipodescriptiva, utilizó como universo 14 niños menores de un año fallecidos. Para recolectar la información se verificó en el expediente clínico el cumplimiento de las normas en la atención

prenatal recibida por las madres de los niños fallecidos y también se les realizaron encuestas directas. Los diagnósticos causales de muerte y la clasificación de los mismos fueron obtenidos de los archivos de la COLAMI (Comisión Local de Mortalidad Infantil). Entre los principales hallazgos se encontró que sólo el 50% de las embarazadas se captaron tempranamente, mientras que el porcentaje restante se captó en forma tardía o no se captó. Se cumplió con el número de controles prenatales normado en un 64% de las madres que asistieron a sus controles y la clasificación de riesgo se realizó en un 67, sin embargo sólo dos de los casos de alto riesgo (25%) fueron referidos al nivel superior de atención. Los datos de información tanto de la historia clínica materna y del examen físico estaban incompletos. El examen de mamas y el examen odontológico se realizaron únicamente en el 58% de los casos; el examen ginecológico en un 42% y la citología vaginal sólo se consignó en el 25% de las madres que recibieron control prenatal. Con respecto a los controles obstétricos, se obtuvo que las actividades correspondientes a la determinación del crecimiento y bienestar fetal (altura uterina, movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal) se llevaron a cabo en un 100% excepto la determinación de la presentación fetal donde se obtuvo un 75%. El Roll Over Test (prueba de cambio de posición) no fue realizado en ninguno de los casos analizados. Otras actividades que se deben ejecutar como la verificación del esquema de vacunación con DT sólo se consignó en un 42% y el número y secuencia de los análisis de laboratorio cumplieron con las normas en el

50% de los casos. En lo referente a la percepción de la calidad en la atención prenatal por las usuarias madres de los fallecidos, la encuesta reveló que el 86% expresó satisfacción por la atención recibida durante sus controles prenatales, cumpliéndose con los criterios de calidad percibida. No hubo inconformidad y los resultados fueron favorables también al preguntarles aspectos como el respeto a su privacidad, amabilidad en el trato, tiempo de espera, disponibilidad de información, etc. Sin embargo el mismo 86% de estas madres nunca asistieron ni se enteraron de la existencia del Curso de Preparación para el Parto. De las causas de muerte y su respectiva clasificación se encontró que de las 14 muertes el 28,5% se debieron a Afecciones Perinatales, 36% a Enfermedades Respiratorias, 28,5% a Anomalías Congénitas y 7% a Enfermedad Infecciosa. En cuanto a la consideración de evitabilidad o no de las muertes, resultó que en el 64% de los casos analizados la muerte pudo evitarse por una u otra razón. En cuanto a dicha prevenibilidad, pero enfocándolo únicamente desde el punto de vista de un control prenatal adecuado y basado en las normas de atención, la investigación mostró que sólo las muertes por Afecciones Perinatales guardaron relación con aspectos del control prenatal, puesto que el 75% de las mismas pudieron evitarse si la madre hubiera recibido un control prenatal de calidad. Se concluyó entonces en que en la atención prenatal brindada a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el Cantón de Coto Brus no hubo cumplimiento satisfactorio de las normas existentes, puesto que muchos de los componentes de la

atención no fueron ejecutados y otros como la historia clínica y examen físico materno son superficiales y no se realizan en su totalidad. Existió omisión en la referencia de los casos que ameritaban un nivel superior de complejidad. Por todo lo anterior, podemos decir que no se cumplieron los criterios de calidad técnica. Aunque se cumplen con los criterios de calidad percibida, las usuarias perciben la calidad del control prenatal únicamente desde el punto de vista humanitario y de la amabilidad con que se le trató. El impacto de la atención ofrecida se reflejó en embarazadas con controles prenatales incompletos y un alto porcentaje de muertes evitables, lo que contribuyó a la morbilidad perinatal. Como recomendación final se enfatiza la importancia de la evaluación y supervisión en el cumplimiento de las normas de atención prenatal; la capacitación y concientización de dicha importancia por parte del personal involucrado, de manera que se pueda construir la imagen objetiva de la atención y corregir las deficiencias encontradas (12).

Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. (2011), en su estudio “Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia”, Lima Perú. Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP). Se definió CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo y cronograma de visitas propuesto

por el Ministerio de Salud. Se compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuado e inadecuado. Resultados: Se incluyeron 384 puérperas, 66,05% recibieron 6 ó más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0,003$). Conclusiones: El porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada. (Rev Med Hered 2011; 22:169-175) (3).

Munares O. (2005), en su investigación “Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima”, Perú, estudio retro-prospectivo, polietápico. Se analizó la información secundaria de tres estudios cuantitativos (1° etapa) referentes a calidad del control prenatal y de un estudio cualitativo (2° etapa), aplicando entrevistas a profundidad a usuarias y prestadores de salud de centros de salud (primer nivel de atención), ambos con la finalidad de servir de insumo para la posterior triangulación. La metodología constó en la coincidencia entre las categorías encontradas en el estudio cualitativo y los resultados significativos de los estudios cuantitativos referentes a las dimensiones accesibilidad, seguridad, capacidad profesional, eficacia, eficiencia, continuidad, satisfacción y

comodidades. El análisis, fue estadístico (descriptivas e inferencial) en los estudios cuantitativos y de entrevistas grabadas con equipos magnetofónicos (estudio cualitativo), para su posterior categorización y sistematización de los hallazgos. Resultados: En controles prenatales de centros de salud del primer nivel de atención de Lima, las dimensiones adecuadas son accesibilidad, seguridad y capacidad profesional. Las dimensiones inadecuadas son eficacia, eficiencia, continuidad, satisfacción y comodidades, todas expresadas en ambos esquemas (cualitativo y cuantitativo), se presentó dos nuevas dimensiones: clima y cultura organizacional. Conclusiones: En los estudios sobre el control prenatal en centros de salud del primer nivel de atención de Lima Ciudad se ha encontrado similitudes significativas en la influencia de la calidad del control prenatal en la capacidad profesional, accesibilidad, satisfacción del cliente, continuidad y comodidades (13).

Tipiani O, Tomatis C. (2006), en su estudio “El control prenatal y el desenlace maternoperinatal, Lima Perú, Estudio prospectivo tipo cohorte. Cuya muestra fue 455 gestantes hospitalizadas hasta el momento del parto, entre el 1 de agosto y 30 de octubre de 2005. De acuerdo con el número de controles prenatales, las pacientes fueron divididas en 4 grupos: gestantes sin control prenatal (n= 30), con 1 a 4 controles (n= 85), con 5 a 8 (n= 216) y con 9 a más (n = 124). Se usó el índice de Kessner para evaluar la calidad del control prenatal. Resultados: De acuerdo con el índice de Kessner, 115 gestantes (25,3%)

tuvieron un control prenatal inadecuado y 340 (74,7%), un control adecuado o intermedio. Aquellas con control inadecuado tuvieron un riesgo 6 veces superior para tener un recién nacido prematuro (RR 6,1; IC 2,7-13,7) y 4 veces para un recién nacido con peso bajo al nacer (RR 4,3; IC 2,2-8,4). Se encontró, además, que cuanto menor es el número de controles prenatales, menor es el peso al nacer y mayor la incidencia de prematuridad (Anova, $P < 0,05$). La regresión demostró que el mayor riesgo de un control prenatal inadecuado es la prematuridad (OR 1,16; IC 1,09-1,22), y que el peso bajo al nacer es secundario a ésta (OR 1,80; IC 95% 1,63-1,99). El menor número de controles prenatales también se relaciona con el menor grado de instrucción (Anova; $p < 0,01$). No se halló diferencia significativa en la incidencia de anemia, cesáreas, hemorragia del tercer trimestre, trastornos hipertensivos gestacionales, hemorragia posparto, rotura prematura de membranas y morbilidad puerperal. Conclusiones: el menor número y los controles prenatales inadecuados incrementaron la incidencia de prematuridad y, en forma secundaria, el peso bajo al nacer. Sin embargo, podría restringirse el número de visitas a cinco, en embarazos no complicados (14).

Alfaro M. (2004), en su estudio “Asociación entre el control prenatal y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé – 2004”, Lima Perú, Estudio caso control, con 80 historias de pacientes divididas en 40 casos (con preeclampsia) y 40 controles (sin preeclampsia). Los criterios de inclusión tanto para los

casos como para los controles fueron: paciente cuyo parto único fue atendido en el hospital San Bartolomé, con seis controles prenatales como mínimo o más, que cuenten con historia clínica en el servicio de archivos del hospital, que presenten diagnóstico médico de preeclampsia (sólo para los casos) y diagnóstico médico de no haber presentado ninguna complicación en el embarazo, parto y puerperio (sólo para los controles). La recolección de datos se realizó a través de un formulario que se elaboró mediante el estudio de las historias clínicas y el carné perinatal. Estuvo dividido en cuatro partes, además se hizo un cuadro para la obtención de indicadores en cada control prenatal. Resultados: El promedio del número total de controles prenatales fue de 7.8 ± 1.9 para las preeclámpticas y para las no preeclámpticas fue de 8.8 ± 1.9 , ($p < 0.05$). Los controles prenatales inadecuados en las preeclámpticas fueron de un 55% y para las no preeclámpticas fue de un 37,5%. Los controles prenatales adecuados fueron de un 45% para las preeclámpticas y de un 62,5% para las no preeclámpticas. La asociación efectuada entre el control prenatal y la preeclampsia demostró que existe dos veces más probabilidad de tener un control prenatal inadecuado, y como consecuencia de ello terminar en preeclampsia, comparado con tener, el control prenatal adecuado y terminar sin preeclampsia. Conclusión: Existe asociación entre los controles prenatales inadecuados y la preeclampsia (15).

1.3. Bases Teóricas:

A. Atención Prenatal

Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal (16).

Atención de la gestante

Cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante para su atención pre natal, en establecimiento de salud.

- **Gestante atendida:** Referida a la primera atención pre natal que recibe la gestante durante el embarazo actual
- **Gestante controlada:** Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante.
- **Atención de emergencia obstétrica:** Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se brinda a la gestante o puérpera en situación de emergencia o urgencia, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica por niveles de atención y a la capacidad resolutoria del establecimiento.
- **Atención de gestante complicada:** Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se brinda a la gestante que presenta patologías durante el embarazo, cumpliendo

con el proceso de diagnóstico, estabilización y referencia (DER) según nivel de atención.

- **Atención preconcepcional / pregestacional:** Conjunto de intervenciones y actividades de atención integral, realizada en un establecimiento de salud por profesional calificado, que se brinda a una mujer o a una pareja, con el fin de planificar una gestación y/o preparar a una mujer para el embarazo.
- **Atención prenatal reenfocada:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.
- **Claves para el manejo de las emergencias obstétricas:** Roja, Azul y Amarilla Son guías para el manejo inmediato de la Hemorragia Obstétrica (Clave Roja), Hipertensión Inducida por el Embarazo (Clave Azul) y Sepsis Obstétrica (Clave Amarilla), que sistematizan el trabajo coordinado y simultáneo de los profesionales de salud y personal técnico para la atención de estos casos, en el primer nivel de atención y su referencia oportuna.

- **Edad gestacional:** Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas.
- **Estimulación prenatal:** Conjunto de intervenciones que se realizan con la participación activa de la madre, el padre y la familia con la finalidad de promover el adecuado desarrollo físico, mental, sensorial y social de la persona humana desde la concepción hasta el nacimiento.
- **Morbilidad Materna Extrema (MME)** Es la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. Criterios de inclusión:
 - **Relacionados con signos y síntomas de enfermedad específica:** eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico. •
Relacionados con falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral, respiratoria o de coagulación.
 - **Relacionados con el manejo de la paciente:** ingreso a UCI, intervención quirúrgica de emergencia en el post parto, post cesárea, o post aborto y transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma.

- **Muerte fetal u óbito fetal** Muerte del producto de la concepción antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre.
Nacido vivo Todo producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso que, después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o da señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.
- **Parto:** Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas).
- **Parto institucional** Parto ocurrido en un establecimiento de salud (hospital, centro o puesto de salud) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea).
- **Parto extra institucional:** Parto ocurrido fuera de un establecimiento de salud. Parto domiciliario. Parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal de salud o por agente comunitario de salud, familiares u otros. Incluye los partos ocurridos en la casa de espera materna.
- **Parto en el trayecto al establecimiento de salud.** Parto ocurrido durante el proceso de traslado de la gestante desde un

establecimiento a otro establecimiento de salud. Con fines de información, el parto en trayecto corresponde al establecimiento que refiere, si el traslado desde una vivienda es considerado parto domiciliario (17).

Objetivos del Control Prenatal

1. Detección de enfermedades maternas subclínicas.
2. Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de complicaciones maternas.
3. Vigilancia del crecimiento, desarrollo y vitalidad fetal.
4. Manejo de los signos asociados al embarazo.
5. Preparación física y mental para el parto.
6. Educación para la salud familiar y la crianza de niño (16).

Características de la Atención PreNatal

Las características que debe cumplir un CPN para considerarse adecuado son:

- **Precoz:** Debe efectuarse la primera consulta durante el primer trimestre de la gestación, lo ideal es antes de las doce semanas.
- **Periódico:** La frecuencia de los controles varia según el riesgo del embarazo, requiriendo los de bajo riesgo, un control mensual con un total mínimo de cinco controles.

- **Completo:** Los contenidos mínimos del control deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Amplia cobertura:** Se trata de cubrir a la mayor cantidad de embarazadas posibles. Solo en la medida en que el porcentaje de la población controlada sea alto se puede disminuir las tasas mortalidad materna y Perinatal (17).

Importancia de la Atención PreNatal

El acudir a las consultas prenatales permite prevenir casos de muerte materna o neonatal y brindar consejería sobre los signos de alarma durante el embarazo, las gestantes que acuden lo antes posible a un establecimiento de salud pueden lograrlo (17).

Es importante cumplir con seis controles prenatales como mínimo, durante los 9 meses de gestación, para llevar una maternidad saludable y segura. El objetivo es detectar en forma oportuna cualquier complicación que pueda poner en peligro la vida de la madre o la del niño por nacer y actuar en forma adecuada para salvar ambas vidas. Además, la atención prenatal debe ser temprana y periódica. “Para mantener una maternidad saludable y segura, las madres deben iniciar su control prenatal en el primer trimestre y luego cada mes. Es recomendable que acudan con su pareja o acompañante (17).

Atención PreNatal Reenfocada

Intervención esencial que busca vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana(o), sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad (16).

- Atención prenatal reenfocada con sentido humanístico, respetando los derechos ciudadanos y priorizando la información, educación y comunicación de la gestante y su familia.
- Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos ante las urgencias y emergencias obstétricas y neonatales
- Planificación individualizada del parto institucional con adecuación cultural
- Fortalecimiento del ejercicio del derecho de hombres y mujeres para alcanzar sus ideales reproductivos
- Detección y manejo humanizado de los casos de violencia basada en género
- Prevención del embarazo no deseado, del cáncer cérvico-uterino y mamario, de las ITS/HIV/SIDA y de la transmisión vertical.

- Implementación de la atención diferenciada al adolescente en donde puedan disfrutar de actividades educativas y de servicios acorde a sus necesidades (16).

Acciones de la atención prenatal reenfocada

- En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.
- La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 30 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 15 minutos.
- La atención prenatal debe ser realizada por médico Gineco-Obstetra, y en su ausencia por médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud. En establecimientos donde no existan dichos profesionales, puede ser realizado por el profesional o personal de salud capacitado en atención de gestantes.
- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico ginecólogo-obstetra.

- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio. • Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal.
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal anexo N° 2.
- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder.
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico.
- Promover y preparar para la lactancia materna.
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja.
- En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico ginecólogo-obstetra o médico cirujano según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera.

En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico ginecólogo-obstetra (17).

Consultas en la atención prenatal reenfocada:

Aspectos específicos para la primera consulta:

Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal (Anexo N° 1, Derechos y responsabilidades de la atención prenatal) y recibir información sobre las posibilidades de tener un producto con malformaciones congénitas, especialmente cuando existan antecedentes familiares o factores de riesgo (17).

- Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopia para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou y valoración de pelvis. Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada.
- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) se deben de actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra.
- Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio.

- En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma (17).

Procedimientos de la primera atención prenatal.

- Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal: o Anamnesis. Utilizan la Historia Clínica Materno Perinatal. Precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental.
- Examen físico. Incluye funciones vitales y el examen de los diferentes órganos (corazón, pulmones, abdomen, mamas, odontoestomatológico, etc.).
 - Tomar funciones vitales: pulso (técnica de los 3 dedos), respiración, temperatura (el termómetro se debe lavar y guardar en su protector) y presión arterial (después de 5 minutos de reposo, en posición sentada, tomar la presión arterial en el brazo derecho).
 - Tomar medidas antropométricas: peso (las balanzas deben ser calibradas diariamente con un peso estándar) y talla. Valorar el estado nutricional. Graficar en las tablas de ganancia de peso CLAP/OPS del Carné y la Historia Clínica Materno Perinatal. Aplicar las tablas CLAP/OPS/OMS de peso/talla para la edad gestacional. Si el gráfico denota riesgo nutricional, el seguimiento

incluirá el uso de la tabla de índice de masa corporal (IMC) pregestacional del CENAN.

- Valorar el edema:
 - 0: No presenta edema
 - 1+: Edema leve, fóvea perceptible sólo al tacto
 - 2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores
 - 3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara
 - 4+: Anasarca con ascitis
- Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial (PA) >140/90 o presión arterial media (PAM) >106, o presión arterial sistólica < 140 y diastólica < 90 mmHg con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM < 160 mmHg. con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales.
- Evaluar reflejos osteotendinosos, O: arreflexia o ausencia de reflejos; 1+: hiporreflexia; 2+: normal; 3+: hiperreflexia o reflejos aumentados; 4+: reflejos exaltados, presencia de clonus.
- Si en los establecimientos que cumplen FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE.
- Consignar en la historia clínica materno perinatal todos y cada uno de los datos solicitados. En los casos de hospitalización en establecimientos FONE o FONI usar historia clínica según normatividad vigente (17).

- Examen obstétrico completo:
 - Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales.
 - Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP/OPS. Utilizar la cinta métrica obstétrica para tomar la altura uterina a la gestante en posición de decúbito dorsal, semiflexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones.
 - Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar: examen de mamas y examen ginecológico, que incluye toma de muestra cérvico-uterino (Papanicolaou) (17).

- **Exámenes auxiliares basales**
 - Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cuantitativos (prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico).
 - Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) o RPR y ELISA, urocultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología.

- Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas.
- Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades:
 - Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo.
Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28. Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas (17).
 - Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas.
 - Prueba de glicemia en ayunas:
 - Cifras mayores de 105 mg/dl: repetir en ayunas estricto (al menos 12 horas), derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105
 - Cifras menores de 105 mg/dl; realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, polihidramnios, macrosomía fetal.

- Urocultivo periódico: en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivo en el examen de orina (sedimento urinario y/o tira reactiva) (17).
- Prescripción de ácido fólico Prescripción y entrega de ácido fólico (500 mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13).
- Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso Prescripción y entrega de ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto.
- Prescripción de calcio Prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto
Evaluación odontológica De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios.
- Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna dt al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación. Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación (17).
- Información para la gestante en la primera consulta:

- Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas.
- Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo/síntoma de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia.
- Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre.
- Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH.
- Informar sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal.
- Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita (17).
- Mantener los registros completos
 - Revisar y completar los datos de la historia clínica materno perinatal.

- Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud.
- Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puérpera.
- Registrar la atención en el formato de registro del HIS (17).
- Referencia en caso de complicación obstétrica:
 - Comunicar la referencia al establecimiento de mayor nivel de complejidad, para que el equipo de salud se encuentre preparado para la recepción y atención inmediata.
 - La referencia debe realizarse con el formato correspondiente.
 - Los casos derivados a establecimientos que cumplen FONE o FONI deben ser recibidos por el médico gineco-obstetra (17).

Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores

En todas las consultas siguientes:

- Interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral. Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.
- Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.
- Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.

- Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante.
- Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas).
- Interpretación de exámenes auxiliares.
- Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas (17).

A partir de las 28 semanas:

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
- Control de latidos cardiacos fetales.
- Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales.
- Realizar prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento) entre las 28 a 32 semanas, de la siguiente manera: Tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor de 85 mmHg es prueba positiva. La prueba de Gantt o rollover test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad (17).
- Solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, prueba de Elisa o prueba rápida para VIH y urocultivo a

partir de 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio.

- Los exámenes de detección de diabetes gestacional (glicemia en ayunas) se debe realizar en la semana 25 a 33 (17).

A partir de las 35 semanas:

- Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1.40 m.).
- Determinación del encajamiento fetal.
- Determinación de la presentación fetal.
- Reevaluación del estado general materno.
- Actualizar exámenes auxiliares, si corresponde.
- Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso.
- Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales. Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación.
- Referir a establecimiento que cumplen FONE, los casos para cesárea electiva a fin de ser programada oportunamente.

- Se debe referir a las gestantes que no han tenido su parto hasta cumplidas las 40 semanas, a los establecimientos que cumplen FONE informándoles previamente el motivo de la referencia.
- En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible referir a la gestante a una casa de espera materna cercana a un establecimiento que cumple FONB o FONE para la atención del parto institucional (17).

Signos y síntomas de alarma

Su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, según el caso para su atención:

- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Disuria.
- Fiebre/escalofríos.
- Sangrado vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Hinchazón de cara, manos y pies.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación
- Alteraciones psicoafectivas.
- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar (según gravedad).
- Complicaciones del embarazo.

- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes (si se requiere estancia prolongada considerar alojamiento en casa de espera).
- Accidentes y traumatismos.
- Otras que determine el médico gineco-obstetra, obstetra, o médico de guardia. Con el fin de cumplir con una atención prenatal reenfocada de calidad, toda gestante que llega al sexto control debe haber recibido el esquema básico de atención descrito en el Anexo N° 2. En zonas endémicas además se debe considerar:
 - Tratamiento antiparasitario
 - Protección contra la Malaria, Dengue, Bartonelosis, Chagas, usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con la toma de gota gruesa. Verificar efectos de insecticidas sobre el feto.
 - Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas.

Instrumentos de la Atención Materna Perinatal

- Derechos y responsabilidades en la atención materna y perinatal.
- Esquema básico de la atención prenatal.
- Historia clínica materna perinatal.
- Fluxograma de atención de la gestante.
- Plan de parto.
- Reporte mensual de la producción de servicios materno perinatal.
- Libro de seguimiento diario de la gestante y puérpera.
- Libro de registro de atención de parto.
- Registro de seguimiento de la visita domiciliaria.
- Flujo del proceso de la información (17).

B. Normas Técnicas Emanadas por el MINSA para la Atención Prenatal

- MINSA. NTS N° 105- MINSA/DGSP.V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA (18)
- Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, aprobada con Resolución Ministerial N° 361- 2011/MINSA (18)
- Disponer que la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infección de Transmisión Sexual y VIH - SIDA asuma y ejercite las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento para el control de la hepatitis B, aprobada con Resolución Ministerial N° 485- 2010/ MINSA (18).
- Reglamento de funcionamiento de los comités de prevención de mortalidad materna y perinatal (18).
- Documento Técnico: Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y uso de los establecimientos que cumplen funciones obstétricas y neonatales. Resolución Ministerial N° 223-2009 (18).
- Documento Técnico Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Resolución Ministerial N° 207-2009 (18).
- Aprueban la Directiva Sanitaria N° 020 - MINSA/DGPS-V01 "Directiva Sanitaria para la Implementación del tamizaje de prueba rápida para VIH

en mujeres en edad fértil en los Servicios de Planificación Familiar"..

Resolucion Ministerial N° 164-2009 (18).

- Aprueban Documento Técnico “Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y reproductiva”. Resolucion Ministerial N° 278-2008 (18).
- Norma Técnica de Salud para la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y la sífilis congénita (NTS N° 064-MINSA/DGSP - V.01). El presente documento normativo establece las pautas y procedimientos a ser utilizados a nivel nacional basados en conocimiento científico, dirigidos a la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y el *Treponema pallidum*, para la reducción de la transmisión del VIH a menos del 2% y la incidencia de sífilis congénita, según los escenarios que corresponda a la madre infectada y su niño (19).
- Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (18).
- Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido (18).
- Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva (18).
- "Estandares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales". Resolución Ministerial N° 142-2007 (18).

- Norma técnica de salud de los servicios de emergencia: NT N° 042-2007-MINSA/DGSP-V.01. La presente norma establece en forma ordenada y sistemática los procedimientos técnico-administrativos que permiten satisfacer las necesidades de atención del paciente en situación de emergencia, a fin de lograr una prestación de salud bajo criterios de oportunidad y calidad (19).
- Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica: NT N° 022-2007-MINSA/DGSP-V.02. El presente documento contiene las normas y procedimientos para la administración y gestión de la historia clínica a nivel del Sector Salud, así como para estandarizar su contenido básico que garantice un apropiado registro de la atención de salud del paciente (19).
- Casa de espera materna (18).
- Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de Mortalidad Materna y Perinatal. Resolución Ministerial N° 453-2006 (18).
- Directiva Sanitaria - Implementación de las Actividades por la Semana de la Maternidad Saludable y Segura. Resolución Ministerial N° 441-2006 (18).
- Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques: derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud. Resolución Ministerial N° 441-2006. El presente documento normativo, el cual ha sido construido colectivamente con la participación de las

diferentes instancias del Ministerio de Salud, los organismos internacionales y la sociedad civil con la finalidad de contribuir en la mejora de la salud de la población, la reducción de las brechas de desigualdad en salud y facilitar el pleno ejercicio del derecho a la salud sin discriminación alguna, contribuyendo de esta manera en el avance de la salud pública del país (19).

- Manual de Orientación/Consejería en Salud sexual y reproductiva (18)
- Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud. Resolución Ministerial N° 1001-2005 (18).
- Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural Resolución Ministerial N° 598-2005. El objetivo de esta norma es estandarizar la atención del parto vertical de acuerdo a los criterios internacionales y a la experiencia nacional, respondiendo a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios para la atención de la salud de las mujeres, con el fin de contribuir a incrementar la incidencia del parto institucional y reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna. Por lo tanto, a partir de esta oficialización, los profesionales de salud tendrán la posibilidad de ofrecer la modalidad del parto vertical en los establecimientos de salud, garantizando la calidad de la atención y respondiendo a la vez a una necesidad sentida de las mujeres peruanas. Detalla introducción, finalidad, objetivo, ámbito, base legal,

aspectos histórico y epidemiológico, aspectos fisiológicos, definiciones, de la atención del parto vertical (18).

- Norma Técnica de Planificación Familiar - Resolución Ministerial N° 536-2005 (18).
- Norma técnica del sistema de referencia y contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud (NT N° 018-2005 - MINSA/DGSP-V.01). El presente documento detalla en forma secuencial los procesos y procedimientos que se deben considerar en el Sistema de Referencia y Contrareferencia Nacional, enfocado en un Marco Conceptual, que establece un modelo dentro de los marcos de Descentralización y Derechos Humanos en Salud. En la parte de los componentes del sistema se tiene en cuenta dos enfoques, el tecnológico y el de vinculación, considerando la viabilidad y sostenibilidad del Sistema de Referencia y Contrareferencia, dentro de la oferta de servicios existentes a nivel nacional (19).
- Norma técnica de planificación familiar (N.T. No. 032-2005-MINSA/DGSP-V.01). La presente norma constituye un instrumento de consulta para todo el personal de salud, profesional o técnico, que labore en la atención de salud sexual y reproductiva de la mujer y del hombre, en todos los ciclos o etapas de vida, para que los servicios sean accesibles, aceptables y de calidad. Contempla los enfoques de derechos humanos, sexuales y reproductivos; el enfoque de género; la prevención de violencia familiar; interculturalidad e integralidad.

Asimismo incluye el componente administrativo, el cual determina las funciones de los niveles administrativos, competencias de proveedores y líneas de acción de Planificación Familiar; finalmente un componente técnico que establece las disposiciones para la atención en los servicios de planificación familiar. Con el presente documento la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, busca establecer los procedimientos técnicos administrativos para la atención en planificación familiar, reforzando las competencias técnicas de los proveedores de salud a fin de que organicen y provean los servicios, para que éstos sean accesibles y de calidad y, contribuir a que las parejas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos (19).

- Norma Técnica Recalificación de los Puntos de Entrega de Servicios (18)

C. Evaluación de la Atención Prenatal (Implementación de las Normas Técnicas para la Atención Prenatal).

En nuestro país, las mujeres deben enfrentar diversas barreras que limitan el ejercicio sus derechos. El acceso limitado a los ámbitos de la educación, el trabajo, la salud, la justicia y la participación política, así como la violencia en sus diversas modalidades, constituyen obstáculos para su desarrollo en condiciones de igualdad (20).

Esta situación hace que las mujeres requieran ser consideradas como un grupo de especial protección. De manera continua, la Defensoría del Pueblo

ha elaborado informes, atendido quejas y realizado acciones de supervisión para verificar el nivel de cumplimiento de las políticas públicas diseñadas en favor de la igualdad. Con el mismo propósito, ha emitido recomendaciones para contribuir al pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres en el Perú (20).

Uno de los temas que genera una especial preocupación es la atención que brindan las instituciones del Estado a las mujeres en los casos de violencia familiar y sexual, así como en el cuidado de la salud materna. De igual modo, desde el año 2007, la institución supervisa anualmente el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres en el país (20).

En el Perú, un importante porcentaje de la población carece de la cobertura de algún tipo de seguro de salud. Por ello, proporcionar un acceso pleno y de calidad a los servicios de salud constituye uno de los principales desafíos de la administración estatal (20).

El ejercicio del derecho a la salud se ha visto limitado por varias razones: un número aún insuficiente de establecimientos y servicios públicos de salud accesibles y de calidad, la necesidad de contar con un mayor abastecimiento de medicamentos e insumos, especialmente en las zonas rurales y de menores recursos, así como lugares en los que éstos son tan

necesarios como contar con personal respetuoso de los usuarios y la cultura de las personas (20).

En los últimos años, la Defensoría del Pueblo ha elaborado informes y formulado recomendaciones con relación a la situación del Seguro Integral de Salud (SIS), la cobertura de las enfermedades de alto costo, los cobros derivados de los servicios de salud, el Aseguramiento Universal en Salud y los problemas identificados con relación al acceso a los medicamentos (20).

Asimismo, ha puesto especial énfasis en analizar la situación de este derecho en lo que atañe a grupos de especial protección, tales como mujeres, personas con discapacidad, pueblos indígenas, entre otros (20).

En el Perú, las peruanas más pobres mueren por complicaciones derivadas del embarazo, el parto y el puerperio. Lo que resulta más grave aún es que gran parte de los fallecimientos –que no solo afectan a la mujer en sí misma, sino también a su familia y a la sociedad en su conjunto– se podría evitar mediante una adecuada y oportuna atención de la salud de las gestantes (21).

La Defensoría del Pueblo –a través de la Adjuntía para los Derechos de la Mujer– promueve y defiende los derechos reproductivos de las mujeres, orientando sus esfuerzos a la supervisión del correcto funcionamiento de los servicios de planificación familiar, así como de ginecología y obstetricia

en el sistema público de salud. Su tarea ha puesto especial atención en las zonas rurales, donde se registran mayores índices de pobreza (21).

Todas las mujeres tienen derecho a una maternidad segura y de calidad. En ese sentido, el Estado se obliga a promover su respeto, y de asegurar la existencia de condiciones adecuadas para su ejercicio, sin discriminación alguna. Este derecho incluye a otros, referidos a decidir libre y responsablemente el número de hijos que las mujeres desean tener y al espaciamiento entre sus nacimientos, así como a disponer de información y de los medios necesarios para adoptar sus decisiones, y de alcanzar el nivel más elevado posible de salud sexual y reproductiva (21).

El eficaz cumplimiento de dicha obligación concita el interés de la comunidad internacional y de los Gobiernos Nacionales. Muestra de ello es que se haya establecido que «mejorar la salud materna» sea el Objetivo Cinco de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y que una de las metas formuladas para lograr su cumplimiento consista en «reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna» (21).

La promoción y defensa de la salud reproductiva de las mujeres adquiere singular relevancia con relación a uno de sus componentes: el derecho de las mujeres a una maternidad segura. Durante los últimos años se puede advertir que las instituciones y organismos del Sector Salud han asumido

como tareas prioritarias la atención de las gestantes –en materia de salud reproductiva– y otros aspectos vinculados con el respeto y vigencia de los derechos de las mujeres. No obstante ello, es innegable que, entre el reconocimiento formal y el ejercicio de los derechos, persiste una notoria brecha. Pese a que existe un marco normativo e institucional amplio que propicia un escenario favorable para el desarrollo de una política integral para la atención de la salud materna, la Defensoría del Pueblo ha constatado la necesidad de enfocar los esfuerzos del aparato estatal hacia la efectiva implementación de la normatividad, así como a la mejora de la estructura –constituida por establecimientos, personal de salud, infraestructura, equipos e insumos médicos– que se pone al servicio de la salud reproductiva de las mujeres (21).

En efecto, la Defensoría del Pueblo estima que el eficaz funcionamiento de los servicios de ginecología y obstetricia del Ministerio de Salud (MINSA) es un presupuesto indispensable para reducir el índice de mortalidad materna que presenta nuestro país. En tal sentido, el objetivo del Informe Defensorial «Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA» es evaluar ciertos aspectos de la atención de la salud de las mujeres durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio. A partir del estudio realizado, el Informe presenta un diagnóstico preliminar sobre la situación de los servicios de ginecología y obstetricia con el propósito de determinar el nivel de cumplimiento de la normatividad sectorial, así como la idoneidad de las

estrategias diseñadas por el MINSA para enfrentar la problemática de la morbi-mortalidad materna y la mejora en los servicios públicos de ginecología y obstetricia (20).

Considero necesario subrayar que la Defensoría del Pueblo comprende que un análisis integral de la problemática vinculada con la salud materna implica la evaluación simultánea de la atención que reciben la gestante y el niño o la niña. No obstante, la investigación que da origen al presente informe se enfoca en el servicio de ginecología y obstetricia y, por ende, en la tutela de la integridad de las madres (21).

Estoy convencida de que el Informe Defensorial «Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA» será minuciosamente estudiado y que sus recomendaciones serán evaluadas y acogidas por los diversos sectores de la administración estatal que tienen la responsabilidad de adoptarlas. Su atención evitará que se sigan produciendo muertes de mujeres por motivos relacionados con el embarazo y el parto, además de propiciar el diseño y ejecución de políticas públicas en salud que incorporen los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad con el fin de garantizar el acceso de las mujeres a tales servicios públicos. De esta manera, la Defensoría del Pueblo pretende realizar una nueva y significativa contribución a la edificación de una sociedad más equitativa y justa (21).

Finalmente, deseo agradecer a las entidades de la cooperación internacional que han apoyado la realización de esta investigación. Sin el invaluable respaldo de la Cooperación Técnica Belga (CTB), la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) no hubiese sido posible efectuar el trabajo de investigación que sustenta el Informe «Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA» (21).

La Defensoria del Pueblo en su Informe sobre la situación de la salud materna, llega a las siguientes conclusiones:

Situación de la mortalidad materna en el Perú

1. Las últimas cifras oficiales sobre la tasa de muertes maternas en el Perú corresponde a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2000 (ENDES 2000), la que se refiere al período 1994– 2000. La ENDES Continua 2004–2006 no brinda información actualizada sobre la incidencia de muertes de mujeres relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. En consecuencia, existe una carencia de cifras oficiales actualizadas que, de cierta forma, impide conocer la actual magnitud del problema, así como diseñar estrategias adecuadas para enfrentar la problemática en función de sus particularidades. En esa medida, obstruye el cabal ejercicio del derecho a la salud reproductiva de las mujeres (21).

2. En el Perú, la mortalidad materna no afecta de igual forma a todos los sectores de la población. La pobreza, el bajo nivel educativo y la escasez de servicios según el área de residencia son algunos de los factores que incrementan el riesgo de muerte vinculado con la maternidad. Existe una significativa coincidencia entre las regiones con mayores índices de muertes maternas y aquellas en las cuales se concentran los quintiles más pobres de nuestra población. Se trata, por ende, de un problema que refleja las inequidades estructurales del sistema de salud, culturales y de género que existen en la sociedad peruana (21).

El derecho a la salud materna en los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos.

3. Los derechos reproductivos, y el derecho a la salud materna en particular, involucran el ejercicio de derechos que se encuentran reconocidos en instrumentos internacionales, de los cuales se desprende su contenido y alcances, así como las obligaciones asumidas por los Estados para asegurar una maternidad segura para las mujeres. Ciertos instrumentos internacionales hacen expresa referencia a la especial protección que deben otorgar los Estados a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la necesidad de adoptar medidas para garantizar la reducción de la mortalidad materna (21).

El derecho a la salud materna en el derecho interno.

4. La Constitución Política del Perú –artículos 7, 11, 9 y 6–, diversas leyes sobre la materia –Ley de Política Nacional de Población, Ley General de

Salud, entre otras— y un significativo número de dispositivos internos aprobados por el MINSA establecen el contenido de la obligación de la administración pública de asegurar el real ejercicio del derecho a la salud de las mujeres. El goce de este derecho supone, entre otros aspectos, que el Estado les brinde las condiciones necesarias para una atención oportuna y adecuada durante el embarazo, el parto y el puerperio (21).

5. El Estado ha aprobado acuerdos, lineamientos, programas y planes orientados a garantizar el derecho a la salud materna, que involucran a sus diferentes sectores. Éstos prescriben un conjunto de objetivos, actividades, metas y resultados destinados, entre otros aspectos, a reducir la tasa de mortalidad materna en nuestro país. No obstante, al revisar este conjunto de dispositivos se advierte cierta falta de coherencia en la formulación de algunas de las metas, acciones y objetivos propuestos, lo que dificulta la aplicación de una política integral destinada a promover y defender la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio (21).

6. El Sector Salud ha adoptado un conjunto de dispositivos destinados a regular el funcionamiento de los servicios públicos de ginecología y obstetricia en procura de contribuir con la mejora de la calidad de las gestantes. No obstante, existe la necesidad de que el MINSA adopte las medidas administrativas correspondientes para sistematizar y unificar la reglamentación sobre el funcionamiento de los servicios de ginecología y

obstetricia en procura de facilitar su difusión y adecuada implementación en los servicios públicos de salud (21).

El derecho a la salud materna y el funcionamiento de los servicios públicos de ginecología y obstetricia del MINSA

7. La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR) es la instancia del MINSA responsable de adoptar acciones destinadas a reducir la tasa de mortalidad materna y perinatal en nuestro país. Sin embargo, a la fecha, este programa de alcance nacional viene implementando un Plan de trabajo que corresponde al período 2004-2006. La carencia de un Plan para el presente período podría generar dificultades en el desarrollo de sus acciones, así como en la definición de las actividades prioritarias en materia de salud reproductiva de las mujeres (21).

8. El MINSA ha incorporado, mediante diversas disposiciones sectoriales, los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en la atención de la salud de las personas. La aprobación de tales dispositivos procura institucionalizar una política de respeto por los derechos humanos en la atención de la salud, con énfasis en los grupos que requieren una protección específica, como es el caso de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio (21).

9. El MINSA ha aprobado «Estándares e indicadores de calidad en la atención materna y perinatal que deben ser aplicados periódicamente en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales » (FON). Al respecto, si bien estos documentos son de suma importancia, a la Defensoría del Pueblo le preocupa la viabilidad de los instrumentos diseñados para la evaluación de las FON, pues su adecuada aplicación requiere que el MINSA provea, desde el nivel central, apoyo técnico permanente en esta materia a los profesionales de la salud responsables de realizar esta evaluación (21).

10. Las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva contienen los protocolos que regulan la atención de los usuarios y usuarias de los servicios públicos de ginecología y obstetricia. Estas Guías abordan los componentes más importantes de la atención de la salud materna: atención prenatal, identificación y adecuada atención de los signos de alarma para evitar complicaciones en la salud de la madre y del niño o la niña, así como la promoción de la vigilancia médica durante el puerperio. Por lo tanto, su difusión y adecuada implementación es un presupuesto indispensable para garantizar el derecho de las mujeres a una maternidad segura (21).

11. El proceso de categorización de los establecimientos de salud del MINSA ha permitido establecer las obligaciones de éstos en función de su capacidad resolutive, nivel tecnológico y personal a cargo. Esta clasificación

ha facilitado los esfuerzos realizados para estandarizar la atención de las gestantes en los servicios de ginecología y obstetricia, así como para favorecer la evaluación del cumplimiento de las obligaciones de los establecimientos de salud. No obstante, la mayor parte de los establecimientos que se encuentran ubicados en zonas con alto índice de pobreza y de muertes maternas posee un bajo nivel resolutivo. En tal sentido, es indispensable incrementar la capacidad resolutiva de estos establecimientos de salud, con el fin de asegurar el acceso de las mujeres gestantes de las zonas rurales a cuidados adecuados durante el embarazo, el parto y el puerperio (21).

12. Los establecimientos de salud autorizados para atender partos programados son los que pertenecen a las categorías I-4, II y III. No obstante, en caso de emergencia o si se trata de un parto en período expulsivo, todo establecimiento de salud, cualquiera sea su categoría y nivel de complejidad, tiene la obligación de brindar atención inmediata a la gestante. En consecuencia, todas y todos los profesionales de la salud, en el ámbito nacional, deben estar capacitadas y capacitados para atender partos y emergencias obstétricas. Igualmente relevante es que el (o la) profesional identifique si la usuaria requiere ser referida a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva (21).

13. La atención del parto vertical se debe realizar prioritariamente en los establecimientos de categorías I-4, II y III. No obstante, debido a que todos

los establecimientos de salud tienen la obligación de atender partos en período expulsivo, el MINSA deberá dotar de los recursos necesarios (infraestructura, equipos, personal capacitado) a los establecimientos de las categorías I-3, I-2 y I-1 para asegurar la adecuada atención del parto vertical en éstos (21).

14. «Las Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva» presentan los protocolos para el manejo de emergencias obstétricas sobre la base de lo establecido en la norma técnica que aprueba a las FON. Este esfuerzo del MINSA por integrar ambos documentos especializados en la atención gineco-obstétrica coadyuva a brindar una atención integral de la salud reproductiva de las mujeres en los servicios públicos de salud (21).

15. Una adecuada atención de las emergencias obstétricas supone la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud materna durante las 24 horas del día, especialmente en las zonas con alto índice de ruralidad y muertes maternas del país (21).

16. La adecuación intercultural de los servicios de salud materna del MINSA es un presupuesto indispensable para reducir la tasa de mortalidad materna en nuestro país. En tal sentido, el MINSA debe adoptar las medidas necesarias para impulsar la adecuada implementación de la Norma Técnica de Parto Vertical, así como cualquier otra estrategia destinada a promover

la incorporación de las prácticas culturales en la atención de la salud reproductiva de las mujeres (21).

17. La referencia específica que hace la Norma Técnica de Parto Vertical a las poblaciones alto andina y amazónica no debe restringir su aplicación a los establecimientos de salud que atienden la demanda de salud de tales poblaciones. En efecto, debido al desplazamiento interno y el derecho de todas las mujeres a elegir la posición para su parto, también es necesario que los establecimientos de salud de las zonas urbanas informen de este servicio a todos sus usuarios y usuarias, y lo apliquen a quienes así lo deseen (21).

18. La protección de la integridad física y psicológica de las gestantes es crucial para llevar su embarazo de manera segura. Los (y las) profesionales de la salud tienen la obligación de detectar oportunamente y brindar una atención inmediata de la gestante que es víctima de violencia –ya sea física, psicológica y/o sexual–, tal como lo establece la Guía Técnica de Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia basada en el Género (21).

19. Respecto a las pruebas para el diagnóstico del VIH y SIDA, la Ley N° 28243, que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las enfermedades de transmisión sexual, establece que

dichas pruebas son de carácter voluntario, previa consejería obligatoria. La modificatoria mantiene el principio de voluntariedad respecto de las pruebas para diagnosticar el VIH y SIDA. Sin embargo, considera como una excepción a la voluntariedad el caso de la madre gestante, a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes. Por ello, el MINSA debe precisar en la “Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis Congénita”, que la obtención del consentimiento informado de la gestante es un presupuesto indispensable para llevar a cabo ambos procedimientos médicos, salvo que exista riesgo previsible de contagio o infección. Asimismo, deberá garantizar la realización de las sesiones de consejería pre y post test VIH/Sífilis a cargo de personal de salud. En ese sentido, el consentimiento informado representa una alternativa real que, además de atender a la vida y salud del niño/a, respeta el derecho a la libertad y autonomía de la voluntad de la mujer. Por tanto, la obligatoriedad de esta prueba solo sería oponible a los casos en los que exista riesgo previsible de contagio o infección, tal como señala la Ley 28243 (21).

20. Asimismo, a la Defensoría del Pueblo le preocupa que las pruebas de VIH/Sida y Sífilis se practiquen en los establecimientos de salud de categoría I-1, debido a que estos establecimientos no cuentan con la presencia permanente de un médico o una médica que se encargue de

realizar dichas pruebas, leer los resultados y orientar a las usuarias sobre el diagnóstico y tratamiento del VIH/Sida y Sífilis (21).

21. El sistema de vigilancia de la mortalidad materna constituye uno de los mejores recursos con que se cuenta en la actualidad para evitar muertes maternas. De allí la relevancia de que los Comités de MM cumplan con sus funciones de prevención y análisis de los casos de muertes por complicaciones derivadas del embarazo, el parto y el puerperio. 157 Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de ginecología y obstetricia (21).

22. La supervisión defensorial realizada a los servicios de atención materna del MINSA ha permitido verificar que, si bien, cada vez más, busca adecuarse a las necesidades de las usuarias, el sistema público de salud aún presenta ciertas deficiencias respecto de la atención de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estas deficiencias se agravan en las zonas rurales (21).

23. En lo referente a los niveles de satisfacción de las usuarias de los servicios de salud, más del 85% de las entrevistadas consideró que la atención recibida durante el período prenatal o el parto fue buena. El alto índice de satisfacción que muestran estos resultados contrasta con el porcentaje de incumplimiento de las normas que regulan el funcionamiento del servicio de ginecología y obstetricia en los establecimientos de salud en los que fueron entrevistadas (21).

Disponibilidad

Atención prenatal.

24. Si bien la mayoría de los (y las) profesionales de la salud entrevistados refieren que, durante la atención prenatal, se estimula el acompañamiento de las gestantes, se les informa sobre los cuidados nutricionales y la identificación de los signos de alarma, y se promueve la participación de su pareja y/o familiar, al analizar las respuestas de las usuarias se advierte que, con relación a determinadas preguntas, un porcentaje de ellas no corrobora dichas afirmaciones. La falta de información a la usuaria y la restricción de la participación de su pareja y/o familiar durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio constituyen incumplimientos de las normas que regulan el funcionamiento del servicio de ginecología y obstetricia –Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, la Norma Técnica de Parto Vertical, entre otras–, afectan la calidad de la atención a las usuarias y su derecho a gozar de una maternidad segura (21).

25. La oportuna identificación de los signos de alarma durante el embarazo puede suponer, en algunos casos, la diferencia entre la vida y la muerte de una gestante. Acerca del deber que tienen los (y las) profesionales de la salud de informar a la gestante sobre los signos de alarma, se constató que el porcentaje de usuarias que respondieron que sí se les informó al respecto no alcanzó para ningún caso al 75%, salvo en el caso de la identificación de los vómitos como signo de alarma (21).

26. La preparación psicoprofiláctica es necesaria para el equilibrio emocional y psicológico de la gestante. Del total de establecimientos que en opinión de la Defensoría del Pueblo estarían obligados a prestar este servicio —161—, 108 prestan efectivamente este servicio. Por su parte, el 56.6% de las usuarias refiere haber recibido esta preparación y de ellas, el 62.2% declara haber recibido menos de cuatro sesiones (21).

27. La administración de sulfato ferroso y ácido fólico son esenciales para el adecuado desarrollo del embarazo y de la salud de la gestante y el niño o la niña. Al respecto, el 98.4% del personal de salud que se entrevistó señala que prescribe ambos medicamentos a las gestantes. La situación es confirmada en parte por el 88.6% de las usuarias entrevistadas. En ese sentido, la gran mayoría de los establecimientos de salud cumple con brindar estos medicamentos a las gestantes (21).

Atención del parto

28. De la muestra general de establecimientos de salud visitados, 89 se encuentran obligados a implementar la Norma Técnica de Parto Vertical. De éstos, el 55.7% atiende partos en posición vertical. De los 39 que aún no implementan íntegramente la norma —44.3%—, la mayoría de ellos —que son 33— pertenece a zonas urbanas (21).

29. En los establecimientos de salud supervisados —categorías I-4, II y III— se encontró que la adecuación de la infraestructura para la atención de

parto vertical ha sido mayor en los establecimientos rurales que en los urbanos. Por el contrario, para el caso de la disponibilidad de equipos, en los establecimientos obligados, pero ubicados en zonas rurales, se halla una mayor disponibilidad de equipos para parto horizontal que los diseñados para parto vertical. De igual manera se aprecia que el 13.8% del personal obligado no conoce dicha norma y que más del 45% refiere que no ha recibido capacitación sobre su aplicación. Aún cuando se advierten avances en la adecuación de la infraestructura de los establecimientos de salud que deben atender parto vertical también se advierte, especialmente en las zonas rurales, la falta de disponibilidad de equipos, bebidas y medicinas tradicionales para atender este tipo de parto, escasa difusión de la norma y de la urgencia por promover que el personal de salud conozca las bondades de este tipo de parto (21).

30. Respecto de los bancos de sangre, si analizamos los resultados a partir del universo general de establecimientos de salud que en opinión de la Defensoría del Pueblo estarían obligados a implementarlos, se encuentra que sólo funcionan bancos de sangre en el 68.2% de los establecimientos de salud visitados y que deberían contar con dicho servicio. Sin embargo, la problemática alrededor de este tema es bastante compleja en el Perú debido al riesgo de las infecciones adquiridas mediante una transfusión, así como porque no existe una cultura de donación apropiada. El MINSA enfrenta el importante reto de adoptar medidas que garanticen el acceso seguro a transfusiones que, en el caso de salud materna, deberían incluir

también medidas para acceder a intervenciones quirúrgicas complejas como histerectomías –extracción del útero–, cesáreas, etc (21).

31. Del universo de establecimientos que tienen obligación de contar con un servicio de emergencia durante las 24 horas del día y que fueron visitados – esto es, 96– 92 de ellos –el 95.8%– cumplen con dicha obligación (64 en zonas urbanas y 28 en rurales). Al respecto, es necesario promover la implementación de servicios de emergencia durante las 24 horas del día en los establecimientos de salud de zonas rurales del país con el fin de incrementar el acceso de las gestantes a una atención oportuna de las emergencias obstétricas (21).

Atención del puerperio

32. Durante el período post parto, la usuaria tiene derecho a acceder a información relacionada con alimentación y lactancia, vida sexual, cuidados en el puerperio, signos de alarma, entre otros. A la pregunta de si recibieron este tipo de información, el porcentaje de usuarias que respondió afirmativamente no ascendió a más del 70%, salvo en lo que se refiere a cuidados del recién nacido –78%–. Esta situación afecta el ejercicio de los derechos fundamentales a la información y a la salud reproductiva de las usuarias. Además, obstaculiza la oportuna identificación de los signos de alarma por parte de la usuaria, lo que la coloca en una situación de riesgo (21).

Accesibilidad

Atención prenatal

33. La gran mayoría de usuarias del servicio salud materna que fueron entrevistadas conoce el SIS –88.3%—. En el área urbana, este porcentaje asciende al 91.2%, mientras que en la zona rural es de 84%. Estas altas cifras registradas en el ámbito nacional permiten advertir un nivel de conocimiento aceptable de este seguro, así como de sus beneficios, por parte de su público objetivo (21).

Atención del parto

34. En el marco de la supervisión, se visitó 92 establecimientos de salud que por su categorización podrían participar de la gestión de una Casa de Espera (I-4, II y III), dada su capacidad resolutive para atender partos programados. De este universo, a la fecha de la supervisión, 21 establecimientos del área rural no contaban con una Casa de Espera. En ese sentido, es necesario revisar la actual ubicación de las Casas de Espera para garantizar su gestión en coordinación con establecimientos de salud de adecuada capacidad resolutive. Adicionalmente, aun cuando todos los (o las) profesionales de la salud deben participar en la promoción del uso de las Casas de Espera, solo un reducido 24% de los entrevistados y entrevistadas respondió afirmativamente (21).

Aceptabilidad

Atención Prenatal

35. Solamente el 75.1% del personal de salud encuestado reconoce que utiliza el Sistema Informático Perinatal (SIP). Siendo el SIP un instrumento de gestión para la mejora de la calidad de la atención materno–perinatal, su no utilización puede generar consecuencias negativas en la calidad de la atención a la usuaria (21).

36. Durante la etapa prenatal, cerca del 20% de los establecimientos de salud visitados no realiza la pesquisa de violencia prescrita tanto en las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva como en la Guía Técnica de Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia basada en el Género del MINSA. Esta omisión de los (y las) profesionales de la salud, que se presenta con mayor incidencia en los establecimientos de las zonas urbanas de nuestro país, constituye un incumplimiento de las obligaciones establecidas por dichas normas, una falta del deber de protección a la integridad física y/o psicológica de la usuaria, y la colocación en grave situación de riesgo de la gestante y el niño o la niña (21).

37. La prevención y erradicación de la transmisión del VIH/Sida es uno de los objetivos prioritarios del MINSA. De acuerdo con el personal de salud entrevistado, en el 93.4% de los establecimientos supervisados se realiza algún tipo de prueba –rápida o ELISA– para detectar si la gestante tiene

VIH/Sida. Cabe precisar que ninguna de estas pruebas se debería realizar sin la previa obtención del consentimiento informado de la gestante, salvo las excepciones previstas por la ley (21).

Calidad

Atención del Parto

38. En el análisis efectuado se advierte que existen avances importantes en algunos componentes de la atención calificada del parto en los establecimientos visitados, como el que los proveedores o proveedoras permitan la deambulaci3n y el cambio de posici3n de las gestantes en trabajo de parto, la restricci3n del enema, del rasurado, del examen vaginal durante la labor de parto y la episiotomía, así como la vigilancia estricta del puerperio inmediato. Sin embargo, si se aspira a un mayor incremento del parto institucional, a una atención calificada del parto y a mejores resultados en términos de bienestar y de reducci3n de la mortalidad materna será necesario incrementar el uso del plan individual de parto, la vigilancia clínica del parto a través del partograma con curva de alerta, satisfacer las demandas nutricionales y de líquidos durante el parto, salvo cuando haya indicaci3n estrictamente médica. Asimismo, las usuarias tienen el derecho de elegir la posici3n para su parto. Es necesario, además, asegurar el uso del Sistema Informático Perinatal (SIP) (21).

39. Cabe señalar la importancia, como parte de la atención regular del parto, de que se realice el procedimiento denominado «manejo activo de la

tercera fase del parto» o «alumbramiento activo», orientado a reducir la posibilidad de una hemorragia durante el puerperio inmediato. De acuerdo con los resultados de la supervisión, en poco más del 90% de los establecimientos visitados se lleva a cabo este procedimiento (21).

40. En materia de salud materna, especial mención merece la atención calificada y oportuna de las emergencias obstétricas. Para reducir las muertes maternas, como resultado de las complicaciones obstétricas, es necesario fortalecer la calidad de la prestación de cuidados obstétricos de emergencia –capacidad resolutive–, por lo que resulta imprescindible un trabajo intenso en el fortalecimiento de la capacitación del personal –recurso humano– y de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, particularmente en el nivel de los servicios de emergencia (21).

41. En la supervisión se verificó que el 96% del personal de salud entrevistado declara que ha sido capacitado para atender partos y manejar emergencias obstétricas. Sin embargo, se debe recordar que no basta con tener personal capacitado –desde la oferta de servicios– para la disminución de los indicadores de mortalidad materna y perinatal, sino que además se requieren establecimientos adecuadamente equipados, preparados y con condiciones laborales que eviten la alta rotación del personal (21).

Atención del puerperio

42. La atención de calidad a la gestante durante el puerperio inmediato es indispensable para la reducción de las muertes maternas. De acuerdo a las Guías Nacionales de Salud Reproductiva, esta atención es imprescindible en las primeras horas posteriores al parto. No obstante ello, el 14.2% de las usuarias señaló que no recibió cuidados médicos durante las dos horas inmediatas al parto. Ello podría significar una atención inadecuada e inoportuna de una hemorragia inadvertida (21).

Vigilancia de la mortalidad materna

43. Los Comités de muerte materna tienen la función de analizar las muertes derivadas de complicaciones con el embarazo, el parto o el puerperio, así como de realizar funciones de prevención. En la supervisión efectuada se observó que solo en el 78.8% de los establecimientos de salud con cierta complejidad y capacidad resolutive, así como con capacidad de ser Microrred – I-3 en adelante– se ha instalado un Comité de muerte materna (21).

Entre sus recomendaciones plantea:

Al Ministerio de Salud:

1. En su calidad de ente rector, impulse y coordine la integración de las políticas públicas en las que se establecen los compromisos asumidos por el Estado peruano en materia de salud materna con el fin de establecer

objetivos, metas y acciones comunes para la reducción de las muertes maternas en nuestro país (21).

2. La aprobación de los siguientes instrumentos normativos:

a. El Plan General de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el presente período, así como indicadores que permitan su adecuada ejecución.

b. Una Norma Técnica que regule las actividades de la atención materna perinatal, según lo establecido en las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (21).

3. La elaboración de un balance de la ejecución del Plan General de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva durante los años 2007 y 2008.

4. Instar a que adopte las medidas para:

a) Sistematizar y uniformizar la reglamentación sectorial sobre el funcionamiento de los servicios de ginecología y obstetricia, en especial, la referida a la atención del embarazo, parto y puerperio, para facilitar su difusión y conocimiento entre el personal de salud, así como su adecuada implementación.

b) Supervisar la implementación de las Guías Nacionales para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva, en particular en lo relacionado con la atención del embarazo, parto y puerperio, de la Norma Técnica de Parto Vertical en los establecimientos de salud a nivel nacional (21).

c) Fortalecer la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud destinados a atender a las usuarias durante el embarazo, parto y puerperio.

d) Incrementar progresivamente la cobertura de los siguientes servicios:

- Del parto institucional.
- De la atención prenatal a cargo de personal de salud. Deberá asegurarse, como mínimo, el acceso de la gestante a seis atenciones prenatales, con particular énfasis en las zonas rurales y/o con alto índice de pobreza y/o pobreza extrema.
- Del sistema de salud pública en lo relacionado a la atención calificada del parto, con especial atención en las zonas rurales y con alto índice de pobreza y/o pobreza extrema.
- De la atención de las usuarias durante los 42 días posteriores al parto. Con particular incidencia en las mujeres que residen en las zonas rurales y con alto índice de pobreza y/o pobreza extrema.
- De la atención del servicio de emergencia. En particular, en los establecimientos de salud ubicados las zonas rurales y más pobres del país (21).

e) Asegurar que las gestantes se encuentren suficientemente informadas sobre la identificación de los signos de alarma y cuidados durante el embarazo, parto y puerperio, alimentación, lactancia, métodos de planificación familiar, entre otros aspectos de la salud reproductiva.

f) Asegurar la formulación del plan individual de parto con la participación de la gestante.

5. Instar a que se mejore la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de categorías I-3 y I-2, en especial de los que se ubican en las zonas rurales del país, con el propósito de garantizar el acceso de las usuarias de éstos a cuidados obstétricos adecuados y de elevada complejidad. Para ello, será necesario que se fortalezcan los procesos de evaluación del funcionamiento de los establecimientos de salud en relación a su categoría y nivel asignado (21).

6. Instar a que se revise la actual ubicación de las Casas de Espera instaladas en el país, así como la capacidad resolutive de los establecimientos de salud que intervienen en su gestión, pues éstos deberían ser de alta complejidad para asegurar el acceso oportuno de las gestantes a una atención adecuada del embarazo, parto y puerperio; en particular en las zonas que presentan alto índice de muertes maternas (21).

7. Instar a que se impulse la adecuación intercultural de los establecimientos de categorías I-3, I-2 y I-1, que atienden partos en período expulsivo para, de ser el caso, brindar atención de partos en posición vertical (21).

8. Se adopten las medidas para asegurar:

a) La instalación de los Comités de Muertes Maternas a nivel nacional, así como el adecuado cumplimiento de sus funciones —preventivas y de análisis— con el fin de promover la vigilancia de la calidad de los servicios para prevenir las muertes maternas en el país.

b) La atención de las emergencias obstétricas las 24 horas del día —ya sea de manera directa o a través del sistema de referencias— en los establecimientos de salud. Especialmente en las zonas rurales del país.

c) La realización de las sesiones de orientación/consejería, a cargo de personal de salud capacitado y, preferentemente, con experiencia de trabajo, en las siguientes materias:

- En la atención prenatal, parto y puerperio.
- Pre y post test VIH/Sífilis.
- En temas de violencia contra la mujer y planificación familiar.

d) La provisión de asistencia técnica permanente que garantice la adecuada aplicación de los Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal por parte de los profesionales de la salud (21).

9. Se precise en la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis Congénita, que la obtención del consentimiento informado de la gestante es un presupuesto indispensable para llevar a cabo las pruebas de VIH y Sífilis, salvo que exista riesgo previsible de contagio o infección.

10. Sugerir que se identifique, a través de la elaboración de un informe diagnóstico, las carencias de los establecimientos de salud —personal,

infraestructura, presupuestal, equipos, otros— en particular de las zonas rurales del país, para brindar una atención adecuada de la salud materna con el propósito de ELABORAR y APROBAR un plan y un cronograma de fortalecimiento gradual de los establecimientos de salud en este aspecto (21).

11. RECORDAR al personal de salud de los servicios de ginecología y obstetricia,

a) Que en cumplimiento de lo establecido en la Norma Técnica de Parto Vertical, los/as profesionales de la salud que laboran en los establecimientos de salud de categorías I-4, II y III están obligados a promover y atender este tipo de parto.

b) Que, durante las atenciones prenatales, la realización de la pesquisa de rutina para determinar si la gestante es víctima de violencia, constituye una obligación del personal de salud. Dicha obligación se encuentra establecida en las Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva y otros documentos del sector salud.

c) Que la falta de información a la usuaria, así como la restricción de la participación de su pareja y/o familiar durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio constituyen incumplimientos de las normas que regulan el funcionamiento de los servicios de ginecología y obstetricia –Guías Nacionales para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, la Norma Técnica de Parto Vertical, entre otras–, y afectan a la calidad de la

atención a las usuarias y su derecho de gozar de una maternidad segura (21).

12. RECOMENDAR al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social para que, de conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, en coordinación con el Ministerio de Salud, vigile el cumplimiento de la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente y, en particular, el derecho a la maternidad segura, tal como lo establece el literal i) del artículo 6) de la citada norma (21).

13. RECOMENDAR al Instituto Nacional de Estadísticas e Informática ADOPTAR las medidas necesarias para obtener cifras actualizadas sobre la situación de la salud materna en nuestro país.

14. EXHORTAR a las Universidades con especialidad en salud a priorizar en sus programas de formación y capacitación los aspectos vinculados a la atención de la salud materna y la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud (21).

15. INVOCAR al Colegio Médico, de Obstetrices y de Enfermeras del Perú a promover entre sus afiliados/as la incorporación de los enfoques de

derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en la atención de la salud materna (21).

D. Propuestas de Mejora (cómo responde el MINSA ante las debilidades o deficiencias encontradas en los informes de evaluación).

Según el MINSA, la mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología, lo que representa un descenso de 10% en éste índice (10).

Esto responde al esfuerzo técnico y presupuestal MINSA y el Estado peruano para mejorar la atención de la madre y el recién nacido con una mejor oferta de servicios, una respuesta oportuna a los diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva; así como a la asignación de importantes recursos para la implementación de planes y programas dirigidos a ellos (10).

En ese sentido, la atención prenatal se incrementó entre los años 2009 y 2014 de 94,3% a 96,9%, respectivamente, mostrando un incremento importante en la zona rural de 87,1% a 91,9%, según cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (10). De acuerdo con esa misma encuesta, el parto institucional también se

incrementó de 81.3% en 2009 a 89.2% en el 2014, y notoriamente en la zona rural de 57,6% a 72% en el mismo periodo.

Asimismo, la tasa de mortalidad en menores de 5 años ha descendido de 26 x mil nacidos vivos en el 2009 a 20 x mil nacidos en el 2014. En tanto, la tasa de mortalidad perinatal disminuyó de 16 a 15 x mil nacidos vivos en el mismo periodo (10).

Cobertura SIS y Plan Bienvenidos

Estas mejoras en los indicadores relacionados a la salud materna e infantil obedecen, entre otros, a la disminución de las barreras económicas, gracias a la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), dirigida a la población más vulnerable (10).

Cabe indicar que un total de 440,111 recién nacidos fueron registrados en el SIS dentro de los 28 primeros días de nacido, entre 1 de enero de 2014 y el 15 de abril de 2015. Este registro incluye afiliados, afiliados temporales e inscritos.

En la misma línea, el Plan Nacional Bienvenidos a la Vida, en marcha desde enero de 2015 contribuye a reducir los riesgos de morbilidad neonatal en los distritos más pobres, protegiendo a más de 70 mil recién nacidos desde la gestación de la madre, con un paquete de intervenciones

integrales dirigidos a la protección y cuidados de la madre y el recién nacido (10).

Mayor presupuesto

Finalmente, el presupuesto asignado al Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN) también se incrementó de un millón 35 nuevos soles en el año 2011 a un millón 735 mil nuevos soles en el 2014, es decir un 67,7% de incremento (10).

Este presupuesto está destinado a financiar el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, que contempla la universalización del SIS para mujeres gestantes y recién nacidos, prevención de embarazo no planificado y mejora de atención prenatal.

Asimismo, la atención de parto institucional en zonas rurales con enfoque intercultural, atención de complicaciones obstétricas, capacitación del personal e incremento de presupuesto (10).

Mortalidad materna

La mortalidad materna responde a determinantes socioeconómicos, culturales y estructurales tales como el nivel educativo y la situación económica, el acceso a servicios de salud de calidad, entre otros (10).

La mortalidad materna en el Perú es de 93 x 100 mil nacidos vivos y según proyecciones al año 2015 el país debería presentar una mortalidad cercana a la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 5, establecida en 66 x 100 mil nacidos vivos (10).

En América Latina la razón de mortalidad materna es de 74.3 x 100,000 nacidos vivos y en el Perú la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 refiere que la razón fue de 185 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, la ENDES 2010 refiere que la cifra es de 93 x 100,000 nacidos vivos lo que representa un importante descenso (22).

En un estudio realizado por WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank en el 2010 refieren que la razón de mortalidad materna para Perú es de 67 x 100,000 nacidos vivos, así mismo refieren que nuestro país está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo aún tenemos regiones con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, Cajamarca, La Libertad, Puno, Piura, Lambayeque, Ancash, Arequipa, Callao, Apurímac, La Libertad, Loreto (22).

En el 2012 las causas de muerte directas, registradas por el Ministerio de Salud fueron: Hemorragias (40.2%), Hipertensión Inducida por el Embarazo

(32%), Aborto (17.5%), e Infecciones durante el Período de Puerperio (4.1%) (22).

En los últimos años, el Ministerio de Salud ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de servicios y satisfacer la demanda de la población en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, asimismo, ha desarrollado estrategias para reducir las barreras de acceso de las gestantes a los servicios de salud, principalmente referida a la barrera económica y cultural, lo que ha permitido reducir la mortalidad materna y mejorar la calidad de vida y la salud de las personas pero aun debemos redoblar esfuerzos para llegar a cumplir con la meta del V Objetivo de Desarrollo del Milenio llegar a 66 x 100,000 nacidos vivos como razón de mortalidad materna (22).

Se ha incrementado el parto institucional a nivel nacional de 76% en el año 2004 a 88% en el año 2013 (ENDES 2013). Siendo más notable el incremento del parto institucional en zona rural de 48% en el año 2004 a 68.4% reportado para el año 2013 (ENDES 2013), cifra que indica que se ha mejorado el acceso a los servicios de salud con la implementación de estrategias como el mejoramiento de la capacidad resolutive (aunque aún es insuficiente), la adecuación cultural de los servicios de salud, atención del parto vertical con adecuación cultural, las casas de espera materna y el seguro integral de salud (22).

Actualmente se cuenta con más de 450 casas maternas que vienen funcionando en las jurisdicciones de las Direcciones de Salud ubicadas en las zonas rurales (22).

La Atención prenatal se ha incrementado entre el año 2000 y 2012 en 15 puntos porcentuales de 82,6% a 98,4% respectivamente (ENDES 2012). En relación a las gestantes que recibieron 6 o más Atenciones Pre-Natales este indicador se ha incrementado a nivel nacional de 50,6% en el año 2000 a 87,3% en el 2013; en la zona rural este incremento ha sido de 29,9% a 82.1% del año 2000 al 2013 (22).

La Tasa global de fecundidad en la última década en el Perú ha disminuido de 3,5 nacimientos por mujer a principios de la década del 90 a 2.4 en el año 2013 (ENDES) (22).

En cuanto a la demanda de atenciones de Planificación Familiar, el Perú presentó un crecimiento entre 1992 al 2013, el uso de anticonceptivos (todos los métodos) aumentó al 75.5 % (mujeres en unión). La prevalencia de métodos modernos, entre las mujeres unidas en edad fértil de 41.3% en 1992 a 51.8% en el 2013 (3 de cada 4 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo) (22).

La demanda insatisfecha de planificación familiar de 10.2 % en el 2000 (ENDES 2000) a 8.2 % en el 2013 (ENDES 2013). Ha disminuido poco en los últimos años (22).

Finalmente se viene implementando la Norma de Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural, a nivel nacional así como la realización de pasantías de parto vertical dirigida a profesionales de salud (Ginecólogos y Obstetras), con el fin de promover el parto vertical no sólo como una adecuación cultural de los servicios, si no como un derecho de todas las mujeres a decidir la forma de dar a luz de acuerdo a la evidencia científica (22).

E. Impacto sobre los Objetivos del Milenio

ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer

Con respecto a la meta de eliminar la desigualdad entre los sexos en todos los niveles de enseñanza (primaria, secundaria y superior) para 2015, se puede afirmar que la brecha de género en el acceso se ha cerrado en el nivel nacional (índice de paridad 1.0 en primaria, 1.02 en secundaria y 1.06 en educación superior). Entre los factores clave para el avance se encuentran la ampliación de los servicios educativos, los programas sociales dirigidos a niños y niñas en zonas rurales, y el papel que han jugado ciertos actores clave como la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Por otro lado, la proporción de mujeres entre los

empleados remunerados en el sector no agrícola. Asimismo, las mujeres siguen percibiendo una remuneración 30% menor en promedio que sus pares varones. Dicha persistencia de la inequitativa división sexual del trabajo, junto con las distintas modalidades de la violencia de género, son un factor que obstaculiza el cumplimiento de las distintas metas de este ODM (23).

ODM 4: Reducir la mortalidad en la infancia

El país ha mostrado un avance sostenido y significativo en la reducción de la mortalidad infantil y de la niñez (17 y 21 por cada mil nacidos vivos, respectivamente), habiendo alcanzado ambas metas seis y cinco años antes, respectivamente, del plazo señalado. Entre los factores de fondo que han permitido mejores indicadores se encuentra el crecimiento de la economía y la disminución de la pobreza extrema. Donde se ha observado mejor estatus de la mujer en la toma de decisiones frente a su esposo o compañero y la no tolerancia de la violencia de género, ha habido también disminución de la mortalidad infantil. No obstante los logros, la agenda pendiente no es sencilla ya que la disminución de las muertes infantiles en el país se está tornando más lenta: en un menor nivel de mortalidad los factores causales son más complejos de controlar y resolver (23).

ODM 5: Mejorar la salud materna

El país se encuentra en una posición favorable para alcanzar la meta de reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes (se

requiere una reducción adicional de 29%). Con respecto a la meta de lograr el acceso universal a la salud reproductiva, el uso de métodos anticonceptivos tuvo un progreso significativo durante la década de los 90 que no continuó después de 2000. Por su parte, la reducción de la tasa de fecundidad entre mujeres adolescentes ha sido lenta, y el porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez se ha mantenido en torno a 13% desde hace más de 15 años. Son varios los factores que han contribuido en los avances hacia el logro del ODM 5. Entre ellos están el amplio consenso político y social respecto a la maternidad saludable; el marco político y normativo favorable; la adecuación intercultural de la atención materna; el mayor financiamiento orientado a resultados y las sinergias que generan los programas sociales, especialmente JUNTOS (23).

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Con respecto a la meta de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, las cifras de prevalencia en la población general y entre gestantes de 15-24 años se han mantenido en menos del 1% desde 1996 hasta la actualidad. Sin embargo, datos de 2011 muestran un repunte del VIH y de las ITS en los segmentos más jóvenes de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en las personas transexuales y asimismo estudios hechos en trabajadoras sexuales que no acceden al sistema de salud arrojan elevada prevalencia, lo que confirma que la epidemia continúa concentrada en la llamada “población clave” (23).

También se ha logrado detener y comenzar a reducir la incidencia de malaria y otras enfermedades graves, aunque tanto la malaria como la tuberculosis continúan siendo problemas de salud pública importantes. Con respecto a la tuberculosis, las tasas de prevalencia han disminuido en las últimas dos décadas, aunque las formas más resistentes y agresivas de la enfermedad están presentando retos para mantener el control sobre la epidemia. En general, se observa escaso avance en la lucha contra la discriminación, especialmente contra las personas viviendo con VIH, los HSH y la población transgénero (10).

1.4. Justificación:

El control prenatal es uno de los elementos indispensable para prevenir y –en lo posible- tratar, patologías maternas que pueden afectar el desarrollo y condición del feto, así como patologías propias de éste que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

En los países en vía de desarrollado la morbilidad neonatal puede considerarse un indicador de deficiente salud pública debido a su alta incidencia, aunado al hecho de que la implementación de programas de control prenatal ha sido en muchos casos deficientes y las visitas clínicas irregulares, lo que condiciona una mala respuesta a los cuidados maternos y del producto de su concepción.

La atención prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término (24).

La mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante que puede ser usado a nivel nacional y global y a nivel local si la población es suficientemente grande. Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre. Las tasas decrecientes a través del tiempo son deseables. Las tasas crecientes pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las mejoras en el conteo y/o registro de defunciones fetales también pueden producir un aumento aparente en la tasa (24).

El Perú exhibe una de las tasas de mortalidad infantil más altas de América Latina (33 por mil nacidos vivos) constituyendo las enfermedades perinatales (dentro de los cuales se encuentra el periodo

neonatal) aproximadamente un tercio del total de los casos. Por lo tanto constituye aún un gran problema de salud pública (25).

En las últimas décadas el estudio de la mortalidad perinatal ha cobrado una importancia decreciente, en la medida que se ha identificado la estrecha dependencia que guarda con factores biológicos, demográficos y sociales, que hacen de ella un indicador sensible, no solo durante este suceso final, sino las repercusiones y la morbilidad que la preceden (26).

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud (MINSA) la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre" (27, 28).

Al ver que no existen muchos estudios realizados referentes a este tema, se realizó este trabajo con la finalidad de determinar el estado actual de la Atención Prenatal en relación a los indicadores de Morbilidad y Mortalidad Perinatal. Al obtener datos actualizados podremos brindar una información científica de la realidad.

1.5. Problema:

¿Cual es la situación actual de la Atención Prenatal en relación a la salud materna perinatal a nivel nacional?

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo general:

Determinar la situación actual de la Atención Prenatal en relación a la salud materna perinatal a nivel nacional.

2.2. Objetivos específicos:

- Determinar las normas técnicas emanadas por el MINSA para la atención prenatal en el marco de la salud materna perinatal.
- Establecer el marco de implementación de las normas técnicas en el marco de la atención prenatal en el marco de la salud materna perinatal.
- Determinar la evaluación de la atención prenatal según informes de evaluación de la atención prenatal.
- Determinar la propuesta de mejora desarrollada por el MINSA ante las debilidades o deficiencias encontradas en los informes de evaluación.
- Determinar el impacto de la situación actual de la Atención prenatal en relación con los objetivos del milenio.

2.3. Hipótesis:

Existe limitantes y deficiencias en la atención prenatal que dificultan el cumplimiento de las metas nacionales e internacionales en relación a la salud materna.

III. MATERIALES Y METODOS:

3.1. Tipo de estudio:

Para el desarrollo de la monografía se empleo el estudio descriptivo simple con revisión de información.

3.2. Métodos de recolección de datos:

Se reviso información existente de la atención prenatal en relación a la salud materna a nivel nacional e internacional considerando como elementos específicos las normas técnicas emanadas por el MINSA para la atención prenatal, así como la implementación de dichas normas técnicas, evaluación de la atención prenatal, propuesta de mejora del MINSA ante las debilidades o deficiencias encontradas y el impacto sobre los objetivos de desarrollo del milenio.

IV. CONCLUSIONES:

De la revisión de información existente en relación a la atención prenatal – salud materna podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- Existen un gran número de normas técnicas emanadas por el MINSA y por instituciones internacionales para la atención prenatal en el marco de la salud materna perinatal.
- Algunas de las normas técnicas están en proceso de implementación y otras no se cumplen satisfactoriamente, por la escases de recurso humano, la deficiencia de materiales, equipos e insumos para la atención, infraestructura deficiente e inadecuada, deficiente fortalecimiento de capacidades del equipo de salud para su implementación y por que no se adecuan a la realidad local.
- El informe emitido por la Defensoría del Pueblo es el documento más cercano que evalúa la realidad actual de la atención prenatal, quienes concluyen que existen deficiencias en los servicios de Ginecología y Obstetricia, por que se cumple la normatividad, no existe una captación oportuna y periódica de casos de la atención prenatal y los servicios no son adecuados para la atención por la carencia y deficiencia de sus recursos.
- El MINSA ante las debilidades o deficiencias encontradas en los informes de evaluación, presenta como alternativas de mejora a la mayor inversión en la salud materna, a la generación de los programas nacionales como CUNAMAS y JUNTOS; a los presupuestos asignados

al PpR Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal y al aseguramiento como SIS y ASU; y la calidad de atención.

- Con la situación de la atención prenatal el país en relación a los objetivos de desarrollo del milenio presenta un gran avance pero no alcanzó las metas definidas, a excepción de la reducción de la mortalidad infantil.

V. RECOMENDACIONES:

- ❖ El sistema de salud, a través de la promoción y prevención de la salud recortar la brecha entre la oferta y demanda, por lo cual debe ser ejercida la atención prenatal por profesionales competentes Obstetras y Médicos, desde el primer nivel de atención, lo que permitirá ampliar la solución de las demandas y necesidades de la población a más del 80%.
- ❖ El Estado (Gobierno nacional, regional y local) debe proveer el financiamiento equitativo y sostenible para garantizar de manera integral la función de producción de la atención prenatal, es decir garantizar el conjunto de recursos, insumos y procedimientos necesarios para el cumplimiento de estándares de gestión, organización y prestación de servicios de calidad de la salud materna, en pro del cumplimiento de las políticas y normatividad existente.
- ❖ Fortalecer el desarrollo de capacidades de los Recursos Humanos para constituirse en el actor protagónico para alcanzar los objetivos nacionales e internacionales.
- ❖ Reorientar los servicios de salud, teniendo como ejes de intervención para la atención integral de salud al trinomio madre – niño - familia.

- ❖ Los servicios de salud a través de su personal de salud deben mejorar su relación de coordinación, consenso y articulación con los diferentes sectores y actores claves de la sociedad civil y comunidad organizada, para garantizar la salud materna e infantil.
- ❖ Fortalecer el marco regulatorio jurídico sanitario vigente, promoviendo su actualización en el marco de la realidad de la salud materna.
- ❖ Diseñar e implementar un sistema de monitoreo, supervisión y evaluación del desempeño integral en la atención prenatal que mida periódicamente sus avances en pro de los objetivos institucionales y promueva la toma de decisiones con eficacia y eficiencia.
- ❖ Fortalecimiento de la atención prenatal en el Primer Nivel de Atención teniendo como eje central los principios y valores en un nuevo modelo renovado de la atención integral de salud.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Díaz S, Girart J. Control Prenatal como Antecedente de Importancia en la Morbimortalidad Neonatal Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" – Barcelona, octubre-diciembre del 2008. Universidad de Oriente Núcleo Anzoátegui. Escuela de Ciencias de la Salud. Departamento de Pediatría y Puericultura. Trabajo de grado para optar por el título de Médico Cirujano. Barcelona España 2009. Consulta 22.05.16 9:49 am. <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1134/1/Tesis.CONTR OL%20PRENATAL.pdf>.
2. Alfaro N, Villaseñor M, Valadez I, Guzmán A, Sughey Y. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. Medigraphic Artemisa. Artículo de Revisión. Vol. VIII • Número 1 • México. Abril 2006. Consulta 22.05.16 2:29 pm. <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg061h.pdf>.
3. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered [online] vol.22, n.4. pp. 159-160. Versión impresa ISSN 1018-130X. Scielo Perú. Lima oct. /dic. 2011. Consulta 22.05.16 4:42 pm. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci_arttext.

4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2009: Informe principal. Lima: INEI. Consulta 22.05.16 3.50 pm. <http://desa.inei.gob.pe/endes/default.asp>.
5. Campbell OMR, Graham WJ. The Lancet Maternal Survival Series steering group: Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006; 368:1284-1299.
6. Orvos H, Hoffmann I, Frank I, Katona M, Pal A, Kovacs L. The perinatal outcome of pregnancy without prenatal care - A retrospective study in Szeged, Hungary. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 2002;100:171-173
7. Prual A, De Bernis L, El Joud DO. Potential role of prenatal care in reducing maternal and perinatal mortality in sub-Saharan Africa. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2002; 31(1):90-99.
8. Abou-Zahr CL, Wardlaw T. Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities: An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. *WHO bulletin*; 2003; 360:3-14.

9. Díaz L. Embarazos en adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para obtención de Grado de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2001.73 pp.
10. MINSA. Mortalidad materna se redujo 10% entre 2010 y 2014. Sala de Prensa. 9 de mayo del 2015. Consulta 22.05.16 4:08 pm.
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498>
11. Catling C, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, Homer C. Group versus conventional antenatal care for women. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, 2015, Número 2. Art. n.º : CD007622. DOI: 10.1002/14651858.CD007622.pub3.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd007622/es/index.html
12. Ramos L, Salvador G. Calidad en la aplicación de las normas de atención prenatal brindada por el personal de salud a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el Cantón de Coto Brus, en el año 2000. Universidad Estatal a Distancia.
Sistema de estudios de posgrado escuela de ciencias exactas y naturales. Maestría en Servicios de Salud Sostenibles. Cantón de Coto Brus, Puntarenas, Costa Rica 2002. Consulta 25.05.16 7:04 am
<http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1070/1/Calidad%20>

en%20la%20aplicacion%20de%20las%20normas%20de%20atencion%20 prenatal%20.pdf

13. Munares O. Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Unidad de Posgrado. Tesis para optar el grado de Magister en Salud Pública. Perú. 2005. Consulta 22.05.16 6:16 pm. [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1771/1/Munares_go\(1\).pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1771/1/Munares_go(1).pdf).
14. Tipiani Oswaldo; Tomatis, Cristina. El control prenatal y el desenlace materno perinatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, [S.l.], v. 52, n. 4, p. 247-252, apr. 2015. ISSN 2304-5132. Consulta 24.05.16 12.42 Disponible en: <<http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/319>>. Fecha de acceso: 24 May. 2016.
15. Alfaro M. Asociación entre el control prenatal y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé – 2004. Lima Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Consulta 25.05.16 6:28 am. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/356/1/Alfaro_cm.pdf.
16. González J. Control prenatal. Médico Ginecólogo Obstetra. Especialista en Docencia Superior. Médico Residente de Medicina Materno Fetal.

2010. Consulta 27.05.16 01:57 am. Presentación.
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qINGeG1CLAMJ:190.34.154.93/sip/sites/default/files/documentos-actividades/CONTROL%2520PRENATAL.ppt+&cd=10&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>

17. MINSA. NTS N° 105- MINSA/DGSP.V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Consulta 27.05.16 7:20 pm.
<http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>

18. MINSA. Normatividad. Documentos Salud Sexual y reproductiva. Consulta 27.05.16. http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr_normatividad.asp#

19. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica de salud para la profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y la sífilis congénita. NTS N° 064 - MINSA/DGSP - V. 01. Perú. Consulta 29.05.16 02:38 am.
<http://www.minsa.gob.pe/serumsBVS/SupportFiles/normas.htm>

20. Defensoría del Pueblo. Organismo Constitucional Autónomo del Estado Peruano. Grupo de Especial Protección a las Mujeres. Consulta 30.05.2016 06:22 am. <http://www.defensoria.gob.pe/grupos-eatencion.php?des=23>

21. Defensoría del Pueblo República del Perú. Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional de los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA. Serie de Informes defensoriales N° 138. Con el auspicio de una canasta de fondos financiado por ACDI, AECID, ASDI y

- COSUDE. Lima Perú. 2008. Consulta 30.05.16 6:11 am.
<http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/Informe-Defensorial-N-138.pdf>
22. MINSA. Avances y Logros en la Salud Materna. Ministerio de Salud del Perú - Derechos Reservados. Lima Perú. 2014. Consulta 30.05.16 8:10 am.
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/maternidadsaludable/avances.html>
23. Presidencia del Consejo de Ministros Sistema de Naciones Unidas en Perú. Tercer Informe Nacional de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Lima Perú. 2013. Consulta 30.05.16 7:27 pm.
<http://onu.org.pe/wp-content/uploads/2013/09/IODM-2013.pdf>
24. Reyes A, Cazorla M. La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. Tesis doctoral publicada Universidad de Carabobo, facultad de ciencias de la salud, Valencia. 1998.
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Lima, 2011.
26. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima – Peru 2004. Consulta 31.05.16 9:45
<http://minsa.gob.pe/webmaster@minsa.gob.pe>
27. Ministerio de Salud. Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima, Perú: MINSA; 2006. Disponible en URL: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA->

AvanzandoMaternidad-Segura-Peru.pdf (Fecha de acceso: 06 de enero del 2011).

28. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima-Perú: MINSA; Disponible en URL: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegralYSSR.pdf> (Fecha de acceso: 07 de enero del 2011).

VII. ANEXOS:

Anexo N° 01: Normatividad.Documentos Salud Sexual y reproductiva.

Consulta: http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr_normatividad.asp#.

Anexo N° 02: MINSA. NTS N° 105- MINSA/DGSP.V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Consulta:

<http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>

Anexo N° 03: MINSA. NTS N° 105- MINSA/DGSP.V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Consulta:

<http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>